

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE

N°

17

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE 31 OCTOBRE 1900, A 1 HEURE

PAR

LULING (AUGUSTE-ALBERT-FLORENS)

Né à REIMS (Marne) le 16 Novembre 1859

MORTALITÉ DES NOURRISSONS

EN RAPPORT AVEC LA

MODALITÉ DE LEUR ALIMENTATION

TRAVAIL STATISTIQUE DE LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE

PRÉSIDENT : PINARD, professeur.

JUGES : MM. $\left\{ \begin{array}{l} \text{WIDAL.} \\ \text{LEPAGE.} \\ \text{WALLICH.} \end{array} \right\}$ agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1900

ANNÉE 1900

THÈSE

N°

17

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE 31 OCTOBRE 1900, A 1 HEURE

PAR

LULING (AUGUSTE-ALBERT-FLORENS)

Né à REIMS (Marne) le 16 Novembre 1859

MORTALITÉ DES NOURRISSONS

EN RAPPORT AVEC LA

MODALITÉ DE LEUR ALIMENTATION

TRAVAIL STATISTIQUE DE LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE

PRÉSIDENT : **PINARD**, professeur.

JUGES : MM. { **WIDAL.**
LEPAGE. } agrégés.
WALLICH. }

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1900



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen : M. BROUARDEL

Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et Thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	{ DEBOVE.
	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et Appareils	TERRIER.
Pharmacologie et Matière médicale.	POUCHET.
Thérapeutique.	LANDOUZY.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BRISSAUD.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
Maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	{ BERGER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ BUDIN.
	{ PINARD.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	ROGER.
ALBARRAN.	G. DE LA TOURETTE.	SEBILEAU.
ANDRÉ.	HARTMANN.	TEISSIER.
BONNAIRE.	LANGLOIS.	THIERY.
BROCA ANDRÉ.	LAUNOIS.	THIROLOIX.
BROCA AUGUSTE.	LEGUEU.	THOINOT.
CHARRIN.	LEJARS.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	LEPAGE.	VARNIER.
DELBET.	MARFAN.	WALLICH.
DESGREZ.	MAUCLAIRE.	WALTHER.
DUPRÉ.	MENETRIER.	WIDAL.
FAURE.	MERY.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

La mortalité des enfants du premier âge est considérable.

C'est là un fait brutal, de la connaissance de tous. En présence de cette effrayante mortalité qui fauche dès leur première année plus du quart des enfants qui viennent d'entrer dans la vie, les médecins ne pouvaient demeurer indifférents ; et depuis quelques années surtout, un nombre considérable de travaux, les uns de haute valeur, tous de grand intérêt, sont venus nous éclairer sur les causes du pourcentage élevé de cette mortalité et nous indiquer d'une façon précise le moyen de l'atténuer dans une large mesure.

De ces causes, les unes tiennent à la débilité même de l'enfant : celui-ci est venu insuffisamment armé pour le maintien de son existence, soit du fait d'une grossesse mauvaise ou terminée avant le temps, soit du fait de maladies à lui transmises par le père, par la mère,

ou ayant, sans l'atteindre directement, influencé défavorablement son développement intra-utérin.

Il ne rentre pas dans le plan de notre travail que nous ayons à nous occuper de cette catégorie d'enfants mal viables. Mais faisons remarquer en passant que, dans ces cas, le médecin est loin d'être absolument désarmé ; seulement la question est complexe ; et en dehors des soins dus à l'enfant né débile, en dehors de la surveillance des grossesses, notamment de celles qui ont été troublées par quelque incident, la question touche à la prophylaxie générale des maladies infectieuses, de la tuberculose et de la syphilis, et aussi des intoxications qui, comme l'alcoolisme nous en donne un exemple si net, sont capables d'étendre leur action pernicieuse sur la descendance des intoxiqués.

Nous avons restreint notre sujet, et nous n'avons considéré que des enfants nés dans de bonnes conditions ou dans des conditions au moins passables.

Comment reconnaître ces enfants ? Assurément nous ne pouvions nous astreindre à reconstituer les histoires pathologiques des familles d'où sont issus les enfants, ni les histoires des grossesses. Deux critères de valeur biologique indiscutable nous ont semblé suffisants pour faire le départ des enfants à enregistrer dans notre statistique portant sur les enfants nouveau-nés : naissance à terme et la survivance aux tout premiers jours.

Nous n'avons donc enregistré que les enfants nés à

terme ou très près du terme, et qui restaient encore vivants quelques jours après leur naissance, qui avaient par suite commencé à s'alimenter régulièrement.

Quelles sont donc les causes de mort qui viennent atteindre ces enfants nés bien vivants et capables de se nourrir? Sans doute elles sont multiples. Mais les travaux de ces dernières années ont irréfutablement établi dans toute son horreur l'effrayante mortalité de la gastro-entérite des nourrissons (d'aucuns disent la gastro-entérite du biberon); ensuite, et complexivement, viennent les infections en général.

De telle sorte que, négligeant les causes secondaires, nous sommes amenés, après bien d'autres, à attribuer l'excès de la mortalité du premier âge à deux grandes causes : au mode vicieux de l'alimentation donnée à un trop grand nombre d'enfants; au manque de soins et à la malpropreté qui en expose un très grand nombre aussi à contracter les germes des nombreuses infections qui les menacent à chaque instant.

Il semble évident que la prophylaxie de la gastro-entérite des nourrissons est une mesure capable de réduire de beaucoup la mortalité du premier âge; actuellement nous tenons bien en main les armes permettant de réaliser cette prophylaxie dont l'énoncé au moins est simple : donner à l'enfant du premier âge une alimentation privée de germes et judicieusement réglée.

Et voici que la seconde cause capitale de la mortalité des nourrissons, le manque de soins donné à l'enfant, ne nous apparaît plus que d'une importance secondaire vis-à-vis de l'alimentation et la manière de donner la nourriture : en effet, la mère qui donne à l'enfant rien que le sein, pendant un nombre de mois suffisant, est par cela même capable d'entretenir l'enfant dans un état hygiénique qui le garantit non pas complètement mais dans une large mesure des influences nocives qui l'environnent.

Nous sommes donc tenté de faire dépendre, pour la plus forte part, la grande mortalité des enfants de la première année, de l'alimentation vicieuse ou malpropre. En fait, notre travail aura pour but unique de démontrer une fois de plus que la mortalité des enfants du premier âge est *fonction* de l'alimentation qu'ils reçoivent.

Un mot sur ce que nous entendons par alimentation vicieuse : c'est la nourriture qui n'est pas appropriée au pouvoir digestif de l'estomac de l'enfant, au plus haut degré les panades et les farines lactées, ensuite les tétées ou les biberons donnés à des heures mal réglées ou en trop grande abondance, en un mot la nourriture qui demande à l'enfant un effort trop grand pour être assimilée. La nourriture malpropre est celle qui contient des germes ou leurs toxines, le lait en particulier donné en nourriture artificielle, et qui n'a pas été stérilisé ou n'a été stérilisé qu'après avoir eu le temps,

pendant un parcours qui a quelquefois duré des heures, pendant un séjour prolongé dans des récipients mal tenus, de se peupler de bactéries pathogènes ou non.

Le lait stérilisé est-il une forme parfaite pour l'alimentation du jeune enfant¹? Nous sommes loin de penser qu'il en est ainsi; mais c'est un pis aller capable de préserver bien des existences. Cependant l'alimentation par le lait stérilisé nous paraît viciée quelque peu dès son origine; le lait de vache ne saurait être, aussi bien que le lait de sa mère, approprié aux besoins du jeune être qui demande la vie.

Nous irons même jusqu'à dire que le lait d'une nourrice n'est pas celui qui convient à l'enfant qui vient de naître; ce dont il a besoin, c'est de sa nourriture *physiologique* préparée d'avance, et que la nature saura modifier à mesure que ses besoins, en qualité et en quantité, seront modifiés.

L'enfant a besoin du sein de sa mère, l'enfant a droit au sein de sa mère.

Mais arrêtons-nous sur ce sujet sur lequel nous pouvons avoir une opinion arrêtée, mais qu'il nous serait difficile de démontrer péremptoirement, attendu que nous n'avons en main que des éléments statistiques permettant d'approcher de cette démonstration, mais

1. Voir à ce sujet les deux thèses récentes : LEFORT, *Alimentation des nourrissons et gastro-entérite*; — NETTER, *Échanges nutritifs dans l'allaitement artificiel*.

non de résoudre toutes les équations du problème.

Aussi bien, notre désir est plus modeste, notre démonstration sera plus terre à terre aussi ; comme nous le disions il y a un instant, nous espérons montrer que la mortalité ou plus exactement la survivance des enfants du premier âge est en rapport direct avec l'alimentation reçue, est *fonction* de cette alimentation ; en d'autres termes, nous montrerons que les enfants pourvus du sein de leur mère, de l'alimentation physiologique meurent moins ; qu'inversement les enfants dans leur première année, privés de leur alimentation physiologique, meurent davantage, et que cette mortalité s'accroît d'autant plus que l'alimentation s'écarte davantage du mode physiologique d'allaitement.

Pour arriver à cette démonstration, nous aurions pu réunir nos éléments dans les statistiques publiées jusqu'à ce jour ; mais outre que les résultats obtenus par les divers auteurs qui se sont occupés de la question sont sujets à quelques variations, nous risquions d'accumuler des chiffres qui ne seraient pas toujours comparables.

Aussi avons-nous accueilli avec joie l'idée de M. le professeur Pinard qui, mettant à notre disposition les admirables registres d'observations de la Clinique Baudelocque, nous a suggéré d'y puiser les éléments capables de constituer une statistique portant sur un grand nombre d'enfants, et s'appuyant aussi sur la

précision des renseignements concernant ces enfants.

Nous ne saurions trop remercier M. le professeur Pinard de nous avoir ainsi permis de faire un travail de statistique *original*; nous avons l'espoir que les résultats que nous avons obtenus seront peu discutables, attendu qu'ils s'appuient sur de *grands nombres* et que les observations d'où proviennent nos unités statistiques ont été recueillies pendant un temps fort long, par un grand nombre d'élèves différents qui, sachant l'importance d'une observation bien prise, font tous leurs efforts pour ne pas y laisser subsister de lacunes ou y introduire des inexactitudes; notre statistique aura donc pour elle l'*exactitude* des renseignements concernant les unités.

Quoique dans notre esprit nous attachions une importance majeure à notre statistique et aux résultats par nous obtenus, nous n'avons pas pensé qu'il soit juste de laisser complètement dans l'ombre les travaux antérieurs. Nous en mentionnerons quelques-uns, avec leurs résultats, dans la PREMIÈRE PARTIE de notre thèse, mais cela aussi succinctement que possible.

La DEUXIÈME PARTIE sera consacrée à notre, ou mieux à nos statistiques obtenues de la façon suivante :

Dans les recueils d'observations de la Clinique Baudelocque dont l'ensemble forme aujourd'hui une véritable bibliothèque, nous avons compulsé celles de toutes les femmes qui ont accouché dans le service pendant une période de dix années, de 1890 à 1900.

Ces observations mentionnent généralement ce qu'il est advenu des grossesses antérieures à celle qui a amené la femme à la Clinique ; si l'enfant a vécu, comment il a été alimenté, et s'il est mort, l'âge auquel il est mort, et le mois de l'année dans lequel il est mort.

Sans doute, ces renseignements ne sont pas toujours au complet, et, paraissant secondaires, ont été quelquefois négligés à cause des besoins pressants de l'activité de la Clinique. Nous avons pu toutefois retenir un ensemble de 13 952 enfants pour lesquels les renseignements sont suffisants. D'après ce nombre considérable, divisé en catégories suivant l'alimentation reçue, nous établirons la mortalité infantile dans la première année de la vie, et nous verrons le rapport de ses variations avec les variations de l'alimentation.

Mais il arrive que des femmes reviennent pour une seconde couche à la Clinique Baudelocque ; certaines mêmes reviennent fidèlement faire toutes leurs couches à la clinique. Un certain nombre des 13 952 enfants sont donc des enfants nés à la Clinique Baudelocque. Toutes les fois qu'il nous a été possible de retrouver l'observation de l'accouchement d'où sont issus ces enfants, nous avons consigné des détails intéressant leur poids à la naissance, le poids du placenta, la variété de la présentation.

Il en est résulté une statistique incluse dans notre statistique générale. Cette statistique concernant des enfants nés à Baudelocque est d'importance numérique

évidemment moindre que la statistique générale, mais elle nous permettra de vérifier les résultats de la statistique générale, et aussi, grâce au plus grand nombre des données se rapportant aux enfants qui la constituent, d'entrevoir quelques faits statistiques nouveaux sur lesquels la statistique générale ne pouvait donner aucun renseignement. En un mot, si la statistique des enfants nés à Baudelocque perd vis-à-vis de la statistique générale l'appui du grand nombre, elle gagne en précision par le plus grand nombre des détails.

Grâce à ces éléments, nous avons l'espoir que notre travail pourra être jugé digne d'intérêt.

Nous remercions encore une fois M. le professeur Pinard de nous avoir donné l'idée de l'entreprendre, et d'avoir mis à notre disposition les moyens de le mener à bien.

Après nous avoir aidé de ses excellents conseils, il veut bien nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

C'est une nouvelle marque de bienveillance dont nous sommes profondément reconnaissant.

MORTALITÉ DES NOURRISSONS

EN RAPPORT AVEC LA

MODALITÉ DE LEUR ALIMENTATION

PREMIÈRE PARTIE

Parmi les travaux qu'il nous a semblé utile de consulter, la thèse de M. Léon Petit ¹ a suscité au plus haut point notre intérêt pour deux raisons : d'abord il revendique hautement le droit de l'enfant au sein de sa mère, ensuite l'auteur a dressé une statistique en tout comparable à celle que nous produirons plus loin. Il expose d'une façon suggestive ce qu'il advient du pauvre être privé de sa mère et montre avec quelle régularité le sacrifice de l'enfant privé de sa mère est accompli. Voici ses résultats :

« Mille multipares ont eu ensemble 1 896 enfants ; 667 sont morts dans la première année.

« Ce qui accuse une mortalité générale d'un peu plus de 35 p. 100.

1. LÉON PETIT, *le Droit de l'enfant à sa mère*. Thèse de Paris, 1895.

« Sur ce nombre, 1084 ont été élevés au sein par la mère; 163 seulement sont morts, soit 15 p. 100 de décès.

« 142 furent mis en nourrice au sein, loin de la famille; la moitié juste, 50 p. 100 par conséquent, sont morts.

« 362 furent envoyés téter le biberon loin de leur mère; 238 sont morts : 63 décès, ou à peu près, par 100 nourrissons.

« 308 prirent le biberon ou le verre dans leur famille; 99 sont morts, soit 32 p. 100.

« Un enfant mis en nourrice a donc quatre fois plus de chances de mourir qu'un enfant qui prend le sein de sa mère, et deux fois plus qu'un autre allaité artificiellement dans la famille. Le sein d'une nourrice, loin de la famille, n'est guère plus favorable à la santé de l'enfant que le biberon sans la mère.

« Or supposons que tous ces enfants eussent été élevés au sein de leur mère et, dans ces conditions, admettons la moyenne de 15 p. 100 de mortalité : 287 au lieu de 667 enfants seulement seraient morts. Résultat : économie de 380 vies humaines sur 1 896. »

*
* *

Et partout il est constaté que les enfants éloignés de leur mère meurent dans une proportion considérable. Nous renvoyons au travail que nous venons de citer

pour les résultats d'un certain nombre de statistiques anciennes, notamment de celles du Dr Bertillon.

L'enfant allaité par la mère, voilà l'idéal ! Rappelons les chiffres de la mortalité infantile d'après la statistique de M. Léon Petit :

« Élevés loin de la mère, 59 p. 100, sans distinction de procédé ;

« Élevés par la mère au sein, 15 p. 100.

*
* *

Parmi les travaux qui ont proclamé l'excellence du lait maternel pour la conservation de la vie des nourrissons, citons encore celui de M. Raoul Paillotte à qui nous reprocherons seulement de considérer le lait d'une nourrice, à l'égal de celui de la mère, comme l'alimentation physiologique de l'enfant¹.

Nous ne ferons que rapporter quelques conclusions de cet auteur qui a plus particulièrement étudié l'influence des nourritures artificielles sur la nutrition de l'enfant.

« L'allaitement maternel, dit-il, est le meilleur mode d'alimentation des nouveau-nés.

« On doit s'efforcer de le favoriser en luttant contre

1. ... « L'allaitement au sein par la mère ou par la nourrice est le genre d'alimentation physiologique normal du nouveau-né. » RAOUL PAILLOTTE, *Notes sur l'alimentation des nouveau-nés*. Thèse de Paris. 1890.

les obstacles provenant soit de la mère, soit de l'enfant.

« Les téterelles peuvent dans ces deux cas aider l'allaitement maternel. Les meilleurs de ces instruments sont ceux qui peuvent être tenus le plus facilement aseptiques.

« L'allaitement mixte par la mère semble préférable à l'envoi de l'enfant en nourrice, à la campagne, loin de toute surveillance directe.

« L'allaitement artificiel, mauvais en général, peut cependant donner des résultats à peu près satisfaisants s'il est bien dirigé.

« L'alimentation, quelle qu'elle soit, diffère du tout au tout suivant la personne qui la dirige.

« Les troubles digestifs dus à l'allaitement au biberon ou à la cuiller semblent surtout dus à une intoxication causée soit par des microbes, soit par des ptomaïnes qui altèrent le lait. »

*
* *

M. Henri Pineau¹ a émis dans sa thèse une opinion qui nous semble absolument conforme à la réalité lorsqu'il refuse au lait d'une nourrice la qualité d'aliment physiologique pour l'enfant nouveau-né :

« On nous dira que l'allaitement étranger diffère fort peu de l'allaitement maternel, que raisonnablement

1. HENRI PINEAU, *Quelques considérations sur l'allaitement*. Thèse de Paris, 1891, p. 11.

tous deux devraient être rangés sous la même rubrique : « allaitement naturel », puisque dans l'un et l'autre cas le lait est fourni par une femme.

« Tel n'est pas notre avis. L'allaitement étranger ne saurait être considéré comme étant naturel, physiologique, obligatoire, normal, usuel. La nourrice est une suppléante. Avoir recours à elle n'est pas la règle.

« Étant donné qu'un enfant vient de naître et qu'il le faut nourrir, un seul allaitement est naturel, c'est celui de la mère; tous les arguments du monde ne sauraient aller là contre. »

« Rien ne peut remplacer le sein maternel », dit-il.

Nous espérons que notre statistique démontrera cela, et aussi que l'allaitement artificiel même fait avec soin et amour, en un mot celui que donne la mère, mérite le discrédit dans lequel il est tombé.

*
* *

Terminons nos citations par celle d'une petite statistique comprenant 429 enfants de multipares observées à la Clinique Baudelocque, par M^{me} Bronislas Dluski¹. La mortalité est de 10,8 p. 100 pour les enfants nourris par leurs mères, et de 45,7 p. 100 pour ceux qui ont été élevés au biberon.

1. M^{me} BRONISLAS DLUSKI, *Contribution à l'étude de l'allaitement maternel*. Thèse de Paris, 1894.

L'auteur remarque qu'il est bien peu de mères qui ne peuvent allaiter leurs enfants ; pour les mères des enfants sur lesquels a porté sa statistique, presque toutes ces femmes se trouvaient dans un état de misère lamentable. Presque toutes travaillaient du matin au soir, et rares étaient celles qui pouvaient se permettre une alimentation à peine suffisante. Aussi, quand on connaît l'influence d'une bonne et substantielle alimentation sur la sécrétion lactée, on est d'autant plus étonné de constater que ces femmes si misérables, si fatiguées soient devenues d'aussi bonnes nourrices. Pour un grand nombre d'entre elles en effet, le séjour à l'hôpital était un repos dont elles avaient bien besoin, et la nourriture qu'elles y recevaient un luxe.

Aussi, dit l'auteur, « en présence, d'une part, des conditions défectueuses dans lesquelles se trouvaient les femmes que nous avons examinées, d'autre part, des excellents résultats que nous avons constatés par l'allaitement maternel, nous avons le droit d'affirmer que les résultats seront aussi bons, sinon meilleurs dans les autres classes de la société, lorsque l'allaitement maternel s'y généralisera, comme nous le demandons avec notre maître M. le professeur Pinard ».

Les chiffres qui se rapportent à cette statistique sont intéressants :

« Des 429 enfants, 1 a été abandonné, nous ne savons donc pas ce qu'il est devenu. Il reste 428 enfants dont

133 sont morts avant la première année, ce qui nous donne une mortalité moyenne de 34 p. 100. »

Que devient cette moyenne si l'on groupe les enfants selon le mode d'alimentation?

« Sur les 138 enfants élevés au sein maternel au moins pendant sept mois, 15 enfants, ou 10, 8 p. 100, sont morts pendant la première année.

« Sur les 36 enfants élevés au sein d'une nourrice sur place, 8, ou 22,2 p. 100, sont morts pendant la même période.

« Sur les 26 enfants qui recevaient un allaitement mixte, 12, ou 46,1 p. 100, sont morts dans le même laps de temps.

« Sur les 40 enfants nourris pendant un temps restreint (1-7 mois) par leurs mères, élevés ensuite au biberon, 12 ou 30 p. 100 sont morts dans la première année.

« Sur les 188 enfants élevés dès le début au biberon, 86, ou 45,7 p. 100, sont morts dans la première année.

« Nous voyons donc que la mortalité des enfants allaités par leurs mères n'est que de 10,8 p. 100, bien que nous ayons affaire à des femmes surmenées, peu instruites et que les enfants reçoivent rarement les soins indispensables. Cette faible mortalité mérite de retenir l'attention. Elle permet d'affirmer que le sein maternel est la vraie prophylaxie de la mortalité infantile, surtout dans les classes pauvres. Il n'en est plus de même de l'allaitement au sein mercenaire. Il nous a

donné une mortalité de 22 p. 100. Les enfants ainsi allaités sont probablement moins bien soignés et souvent cet allaitement n'est en réalité qu'un allaitement mixte déguisé. Lorsque les mères ont pu allaiter leurs enfants au moins pendant les premiers mois de leur vie et n'ont commencé l'allaitement artificiel que plus tard, la mortalité a été de 30 p. 100. Lorsque, au contraire, le biberon a été donné dès le début, la mortalité a atteint 45, 7 p. 100.

« La plus forte mortalité a été atteinte par les enfants élevés moitié au sein, moitié au lait de vache. — Elle est de 46,1 p. 100. C'est un chiffre évidemment trop élevé pour un allaitement mixte bien fait. En effet, les mères obligées de travailler le jour portaient leurs enfants le matin à une crèche, où, d'après leur avis, ils étaient mal soignés; elles les reprenaient en revenant chez elles, et les allaitaient au sein pendant la nuit. Ce n'était donc pas un allaitement mixte bien exécuté, mais plutôt un allaitement de nuit, fréquent chez les ouvrières et aussi, à ce qu'il paraît, chez les paysannes. Il faudrait aussi savoir quel rôle ont joué dans cette mortalité les promenades matinales et nocturnes imposées à l'enfant.

« Les enfants élevés au biberon nous ont donné une mortalité de 45,7 p. 100. Là ne se bornent pas les méfaits du biberon. En effet, la majorité des enfants qui ont survécu étaient rachitiques. — Malheureusement nous ne pouvons pas donner des chiffres exacts, puisque,

dans beaucoup de cas, les enfants, ayant été envoyés en nourrice, les mères ne savaient pas à quel âge ils avaient commencé à marcher et ignoraient l'état de leur dentition. Mais ce que nous pouvons dire, c'est que ces cas étaient extrêmement fréquents, qu'un grand nombre d'enfants ne marchaient pas encore à 2 ans et même plus tard. »

Résumons-nous :

D'après les chiffres cités jusqu'ici, nous voyons que deux modes d'alimentation sont formellement à opposer l'un à l'autre d'après la survie qu'ils permettent d'atteindre aux enfants à qui l'un ou l'autre a été donné.

D'une part l'allaitement maternel s'accompagne d'une mortalité minime des nourrissons.

Les chiffres oscillent entre 10 et 15 p. 100, alors que la mortalité globale des enfants de 0 à 1 an est d'un quart ou un tiers environ.

Tel est le résultat de l'alimentation *physiologique*. Et pour nous l'aliment physiologique du nouveau-né est le lait de sa mère, uniquement le lait de sa mère. Nous ne pouvons croire que le lait d'une autre femme soit capable de fournir au nourrisson avec une égale facilité tout ce dont il a besoin pour son développement.

A plus forte raison en sera-t-il de même si la nourriture donnée à l'enfant n'est qu'une nourriture arti-

ficielle¹. Cependant si l'enfant continue à recevoir les soins de sa mère, il pourra continuer à vivre, bien que ses chances de vie soient fortement diminuées par cette modification de l'alimentation.

En regard de cette faible mortalité des enfants allaités par leur mère, il convient d'opposer la mortalité énorme, fantastique parfois, des enfants élevés au biberon en nourrice.

En laissant de côté les chiffres un peu anciens où la mortalité pour la première année frappe la presque totalité des enfants mis au biberon en nourrice, nous n'en voyons pas moins que cette mortalité atteint et dépasse 50 p. 100.

Tel est le résultat d'un mode d'élevage qui remplace le lait de la mère par une alimentation artificielle mal adaptée aux besoins de l'enfant, et même trop souvent impure. Aussi le nourrisson, qui est même dépourvu de soins attentifs et d'affection, succombe.

Les nourrissons nourris au biberon par une étrangère succombent, disent les statistiques, dans la proportion de 50 p. 100 au moins, cela dès la première année.

Que deviennent ensuite ceux de ces enfants qui survivent? Sans doute, les enfants qui ont été nourris par

1. Encore tout récemment, M. ULMANN dans sa thèse, *la Nutrition chez le nourrisson*, Paris 1900, a montré par des expériences précises que le lait maternel laisse assimiler des matériaux azotés en quantité infiniment plus grande que le lait de vache, malgré la teneur presque double en azote de ce dernier lait.

leur mère pendant leur première année meurent dans une proportion relativement grande les années suivantes ; pour eux, il est surtout un moment critique à traverser, celui du sevrage.

Nous n'avons pas de chiffres concernant la mortalité des enfants de 1 à 2 ans ou plus pour comparer la vitalité des enfants qui ont été allaités par leur mère à celle des enfants qui ont été mis en nourrice, et alimentés au biberon.

Mais lorsqu'on vient à feuilleter les registres d'observation de la Clinique Baudelocque, on ne peut manquer d'être impressionné par ce fait que les enfants mis en nourrice au biberon continuent à mourir à 13 mois, 15, mois, 18 mois, avec une fréquence considérable.

Si bien qu'on ne peut considérer comme sauvé un enfant qui a pu atteindre chez une nourrice au biberon le terme de sa première année. Si la nourriture anti-physiologique et le défaut de soins ne font pas que des cadavres, ils laissent à ceux qui survivent l'empreinte d'une débilité qui les rendra incapables de résister aux infections venant ultérieurement les frapper.

Cette opinion paraîtra peut-être exagérée. Aussi bien, nous avons pu, à plusieurs reprises, lire dans les registres de la Clinique Baudelocque cette mention que des enfants élevés en nourrice au biberon étaient parvenus à l'adolescence, et continuaient à se bien porter.

C'est que la nourrice qui pour une rétribution élève un enfant au biberon n'est pas toujours comparable à

elle-même. Ce peut être une voisine, une camarade d'enfance de la mère; des liens d'amitié peuvent s'établir entre les parents du nourrisson et la nourrice, etc. On peut ainsi imaginer mille circonstances qui entourent l'enfant d'un peu de cette sollicitude qui lui est due. Ce sera pour lui un gros appoint à ses chances de survie.

Mais il est un point sur lequel notre opinion est formelle : c'est qu'un enfant envoyé chez une professionnelle du biberon, lorsque celle-ci est peu ou pas surveillée, lorsque les parents se désintéressent du petit être, cet enfant, disons-nous, est à peu près infailliblement voué à la mort.

Mais ne dépassons pas les chiffres; dans leur implacable brutalité, ils suffisent à proclamer les méfaits du biberon de la nourrice.

15 enfants sur 100 nourrissons allaités par leur mère succombent; 50 au moins sur 100 de ceux qui sont envoyés chez une nourrice au biberon meurent dans leur première année; c'est donc 35 victimes, c'est 35 enfants sur 100 qui auraient pu être sauvés, et qui meurent du seul fait du mode d'élevage qui peut recevoir la qualification d'*absurde*.

Donc il ne faut plus que les enfants soient envoyés chez une nourrice pour être élevés au biberon, lorsque cette nourrice ne pourra être surveillée.

Il faut, autant que possible, que les enfants soient allaités par leur mère.

Autant que possible, car il y a des mères qui ne veulent pas allaiter leurs enfants ; car il y a des mères qui ne peuvent pas.

On s'accorde à retenir que cette dernière éventualité ne se rencontre que dans un nombre de cas assez restreint. Néanmoins ces cas existent, et les enfants pour qui la nature n'a pas su préparer l'alimentation physiologique ont droit à toute notre sollicitude.

En dehors de l'alimentation par le biberon donné par une nourrice, alimentation meurtrière au premier chef, c'est au sein d'une nourrice ou au lait d'animal donné dans la famille qu'il convient d'avoir recours lorsque la mère ne peut pas allaiter.

Or les statistiques montrent que dans les deux cas la mortalité des nourrissons demeure encore considérable. C'est très vrai, mais il semble démontré que l'on a sur cette mortalité une influence telle que le chiffre peut en être réduit dans une certaine proportion.

Pour cela, il suffit que la nourrice qui donne le sein soit surveillée afin qu'elle ne donne pas à l'enfant une autre alimentation ; il suffit que la mère ou la personne qui s'intéresse à l'enfant soit surveillée, ou du moins qu'elle puisse trouver, sans efforts au-dessus de ses ressources, de bon lait stérilisé et des conseils fréquents pour lui indiquer la manière de régler l'alimentation artificielle.

Mais il ne rentre pas dans le plan de notre travail

de discuter la valeur de l'allaitement artificiel ni d'en exposer la réglementation.

Nous voulions simplement faire remarquer que l'alimentation au sein d'une nourrice et l'alimentation artificielle dans la famille sont, lorsque la mère ne peut nourrir, des méthodes d'alimentation destinées à remplacer de plus en plus l'élevage au biberon par une nourrice mercenaire peu ou mal surveillée.

La mortalité des enfants en nourrice au sein, celle des enfants au biberon dans la famille sont encore considérables. Mais la surveillance et une bonne direction peuvent diminuer efficacement ces mortalités, et il y a lieu d'espérer qu'en effet c'est ce qui pourra arriver dans un avenir prochain.

Et même il y a lieu de croire que, quelque faible que soit la mortalité des enfants élevés au sein de la mère, cette mortalité peut être diminuée par de bons conseils donnés à la mère.

Quoi qu'il en soit, nous retenons, comme infiniment supérieur à tous les autres modes d'alimentation, le sein donné par la mère; si la mère allaitait toutes les fois que cela ne lui est pas absolument impossible, la mortalité infantile diminuerait d'autant.

Et de plus en plus on tente de restreindre le nombre des impossibilités; l'albuminurie, les maladies de cœur, l'épilepsie, l'imbécillité, ne sont pas des contre-indications absolues à l'allaitement maternel; la tétrelle peut venir en aide à des seins ombiliqués; un

temps d'allaitement mixte pourra permettre à une sécrétion insuffisante de s'établir, etc., etc.

*
* *

En somme, une plus grande extension donnée à l'allaitement maternel, une plus grande surveillance des nourrices au sein, une attention et des soins continus donnés à la préparation et au dosage des nourritures artificielles, telles sont les conditions qui permettent d'espérer un abaissement notable de la mortalité des enfants de 0 à 1 an. Par les résultats déjà obtenus par toutes les œuvres qui donnent leurs conseils et une alimentation pure aux nourrissons, il est permis de s'attendre à un abaissement notable de la mortalité.

Mais, pour l'allaitement artificiel bien conduit, il faut qu'une certaine instruction touchant cet objet pénètre dans les masses, tandis que l'allaitement physiologique est bien plus simple à appliquer.

On ne saurait trop répéter avec M. le Prof. Pinard que, lorsqu'il n'y a pas impossibilité absolue, le sein de la mère est dû à l'enfant.

L'enfant a droit au sein de sa mère.

DEUXIÈME PARTIE

Nous avons retenu, avons-nous dit, un nombre de 13 952 enfants sur l'ensemble des enfants qui sont mentionnés dans les registres des observations des femmes venues accoucher à la Clinique Baudelocque.

Ces 13 952 enfants sont tous des enfants nés *à terme* ou très près du terme. De plus, ils étaient encore vivants quelques jours après l'accouchement; désireux de considérer seulement la mortalité des enfants qui pouvaient vivre, et de rapporter la mortalité au mode d'alimentation, nous ne pouvions retenir dans notre statistique les enfants entachés de débilité du fait de la naissance avant terme, ni les enfants incapables de se nourrir et succombant de ce fait dès les premiers jours qui suivirent leur naissance, avant donc qu'ils puissent être considérés comme soumis à un mode régulier d'alimentation.

De ces 13 952 enfants qui, en somme, pouvaient continuer à vivre, ayant traversé la période de l'accouche-

ment et des jours suivants, 3 759 sont morts. Tous n'avaient évidemment pas, si l'on peut s'exprimer ainsi, la même puissance de vie. Pour la plupart, nous ignorons les conditions de morbidité du père et de la mère, celles inhérentes au fœtus lui-même. Mais nous pouvons supposer avec raison que les enfants de vitalité différente seront proportionnellement répartis dans les catégories basées sur la modalité de l'alimentation reçue. Donc, reprenons le fait qui comporte peu de restrictions :

Sur 13 952 enfants qui pouvaient vivre, 3 759 sont morts dans le courant de leur première année d'existence; 10 193 étaient encore vivants à l'âge d'un an; cela fait une mortalité générale de **26,94** p. 100.

*
* *

Donc sur 100 enfants issus de mères constituant la clientèle de la Clinique Baudelocque, c'est dire sur 100 enfants d'un groupe de population fort homogène, 27 sont morts dans leur première année.

Répetons encore une fois qu'il ne s'agit pas là de la mortalité des enfants, *nés vivants*, mais bien de la mortalité de ceux qui, nés vivants, avaient surmonté les dangers des premiers jours et s'alimentaient régulièrement.

Au bout de la première année, nous voyons donc le nombre de 100 enfants qui pouvaient vivre réduit à 73. La perte est déjà de plus d'un quart après la première année sur l'ensemble des 13 952 enfants !

Voyons maintenant dans quelles proportions le mode d'alimentation est de nature à modifier la mortalité.

*
* *

Sur l'ensemble des enfants, une fraction très importante se rapporte à l'alimentation au sein.

7 604 ont été nourris au sein, cela suivant plusieurs modalités : les uns au sein de la mère, d'autres par une nourrice, d'autres encore ont été mentionnés dans les observations de la Clinique comme ayant été nourris au sein, sans qu'il ait été spécifié si la mère ou une nourrice allaita.

Reprenons les 7 604 enfants nourris au sein. Au bout de leur première année, il restait 6 373 vivants ; 1 231 étaient morts.

La mortalité des enfants élevés au sein est donc de 16,20 p. 100 seulement — seulement en comparaison des 26,94 p. 100 de la mortalité générale. — Et hâtons-nous de dire, en anticipant quelque peu, que, sur ces 7 604 enfants, 6 409 ont été allaités au sein de la mère.

*
* *

Donc, pour l'alimentation au sein des nourrissons dans leur première année, 16,20 p. 100 de mortalité. Mais ceci ne nous apprend que peu de chose, et nous

sommes obligés de reprendre ces enfants et de les répartir en catégories.

Dans une première, nous comptons 426 enfants notés dans les observations comme ayant été nourris « au sein », sans que nous sachions si c'est par la mère ou par une nourrice.

Sur ces 426 enfants, 83 sont morts, 343 demeuraient encore vivants à l'âge d'un an.

La mortalité de ces enfants se représente par le chiffre de 19,48 p. 100. — Hâtons-nous d'ajouter qu'il s'agit ici d'une catégorie hybride sur laquelle nous ne pouvons faire état; — et anticipant encore une fois, nous devons faire observer qu'elle contient avec des enfants nourris par la mère — mortalité faible — des enfants confiés à une nourrice — mortalité plus forte. Dans quelle proportion? Nous l'ignorons. Mais les chiffres exacts auxquels nous arriverons plus loin nous montreront que, dans cette catégorie, la mortalité a été aggravée par bon nombre d'enfants mis en nourrice.

Quoi qu'il en soit, ces deux chiffres de mortalité, celle des 7604 enfants élevés au sein sans distinction de procédé (16,20 p. 100), et celle qui porte sur 426 enfants avec la seule mention « élevés au sein » et qui donne 19,48 p. 100, ne sont que des indications; ce ne sont pas des chiffres définitifs et qui ne sont exacts que pour les groupes d'enfants que nous avons considérés, où les enfants alimentés au sein de la mère

ou d'une nourrice entrent dans des proportions définies, connues ou non, mais rien que pour ces groupes. Ils sont seulement une indication, un acheminement aux vérités que nous verrons surgir plus loin.

*
* *

Nous arrivons maintenant à un groupe beaucoup plus intéressant, celui des enfants nourris au sein de la mère. Nous allons pouvoir obtenir un résultat de tout premier ordre et un chiffre que nous conserverons définitivement.

6409 enfants ont été allaités par leur mère; 5496 vivaient encore à l'âge d'un an; il en est mort 913 pendant la première année.

La mortalité des enfants allaités par leur mère est donc, pendant la première année, de **14,24** p. 100.

Reportons-nous de suite à la mortalité générale que nous avons obtenue pour les 13 952 enfants (27 p. 100); à la mortalité pour les 426 enfants élevés au sein sans autre indication (19 p. 100); à celle qui porte sur un ensemble de 7 604 enfants nourris au sein sans distinction de procédé (16 p. 100). Nous voyons que dans un groupe d'enfants de 0 à 1 an la mortalité diminue d'autant plus qu'il y a davantage de ces enfants nourris au sein de leur mère; la mortalité tombe au taux le plus faible, à 14,24 p. 100 dans le groupe constitué uniquement par des enfants allaités par leur mère,

enfants qui reçoivent « l'alimentation physiologique ».

Encore nous prétendons que 14,24 est un chiffre fort, voici pourquoi : lorsque nous avons dressé notre statistique nous avons été frappé du fait qu'un certain nombre de femmes ont eu 6, 8 enfants, les ont tous allaités, et que tous leurs enfants sont morts en bas âge. Considérant de plus près les observations, nous avons pu voir que dans plusieurs il est expressément mentionné que le père était alcoolique ou même que la mère buvait aussi. Sans doute, de tels faits ne pouvaient nous surprendre depuis que M. Legrain¹ et d'autres nous ont fait connaître ce qu'il advient de la descendance des alcooliques. Seulement, il était à discuter si de tels enfants devaient figurer sur notre statistique. Nous avons pensé qu'il devait en être ainsi. Nous avons relevé scrupuleusement tous les enfants ayant été alimentés, sans avoir égard aux antécédents des parents. Il est alors entendu que notre chiffre de 14,24 est aggravé par un certain nombre d'unités fortement tarées qui ressortissent plutôt d'une condition sociale inférieure à celle de la population ordinaire de la Clinique Baudelocque.

Cela étant, notre mortalité de 14,24 p. 100 des enfants allaités par leur mère est un chiffre fort respectivement à la population ordinaire de la Clinique Baudelocque.

1. LEGRAIN, *Dégénérescence sociale et alcoolisme*. Paris, 1895.

C'est un chiffre très fort à l'égard de l'ensemble de la population.

Résumons-nous : les enfants issus de mères venues accoucher à Baudelocque et nourris au sein de leur mère meurent dans leur première année dans la proportion de 44,24 p. 100. Il y a lieu de croire que les enfants allaités par leurs mères dans d'autres classes de la société, et notamment dans la classe paysanne, meurent dans une proportion encore moindre.

Dans la suite de l'exposé des résultats auxquels aboutissent les calculs de notre statistique, nous verrons qu'aucun autre mode d'alimentation ne comporte une mortalité aussi basse que l'alimentation physiologique.

Dans un très petit nombre de cas (37), il a été expressément noté que les enfants ont été allaités par une personne de leur famille, une jeune grand'mère, une tante, une marraine. Des 37 enfants, 31 ont survécu à leur première année; la mortalité n'a donc été que de 16,21 p. 100, très voisine par conséquent de celle des enfants allaités par la mère. Ce chiffre s'accorde assez bien en somme avec ce que nous pensons de l'influence des bons soins d'une personne de la famille sur le maintien de la vie et de la santé de l'enfant; il s'accorde aussi avec l'ensemble des résultats que nous avons obtenus.

Toutefois nous nous voyons dans l'obligation de le

récuser parce qu'il porte sur un nombre trop faible d'unités.

*
* *

Nous arrivons à un groupe d'enfants très important, celui des enfants élevés au sein en nourrice, et nous allons enregistrer un nouveau chiffre en grosses lettres.

732 enfants ont été allaités par une nourrice mercenaire ; 229 sont morts ; 503 demeureraient vivants à l'âge d'un an.

La mortalité est donc de **31,29** p. 100.

Et la mortalité des enfants allaités par leur mère n'était que de 14,24 p. 100 !

Cette mortalité est plus du double lorsqu'il est dérogé à la loi physiologique qui a préparé le lait de la mère pour le produit de son ventre ! Et cette dérogation paraît de bien maigre importance : substituer, au lait et aux soins d'une femme, le lait et les soins d'une autre femme. Pourtant cette substitution d'apparence si anodine suffit à faire 17 cadavres sur 100 enfants, à élever la mortalité infantile de 14,24 à 31,29 p. 100.

Et voici que nous sommes tenté de croire que ce chiffre ne correspond pas absolument à la réalité, qu'il est trop faible. En effet, nous n'avons pas fait la distinction des enfants nourris par une personne connue de la famille, ou par une nourrice demeurant dans la famille,

ou habitant près des grands-parents qui peuvent alors la surveiller aisément, elle et l'enfant. Nous pensons que la mortalité des enfants au sein loin de leur mère, avec nourrice sans attache autre que la note de la fin du mois avec la famille de l'enfant, doit être bien plus élevée.

Mais nous devons nous en tenir à ce qui est écrit, et reproduisant les chiffres concernant les deux plus importantes catégories des enfants nourris au sein, nous établissons que :

Les enfants de 0 à 1 an allaités par leur mère meurent dans la proportion de **14,24** p. 100 ;

Les enfants de 0 à 1 an allaités par une nourrice mercenaire meurent dans la proportion de **31,29** p. 100.

*
* *

Passons maintenant aux séries noires, aux séries des enfants nourris au biberon. En bloc, sur un total de 4 814 enfants, 2 771 survivent à leur première année ; 2 043 sont morts.

La mortalité générale des enfants de 0 à 1 an alimentés au biberon est de **42,43** p. 100.

Ici encore le mode d'alimentation comporte des catégories. D'abord, dans 724 cas il n'est pas fait mention de la façon dont le biberon a été donné.

338 survivants, 336 morts.

46,40 p. 100 de mortalité.

Ce chiffre élevé nous annonce péremptoirement l'influence néfaste de la nourrice au biberon sur bon nombre d'enfants de ce groupe.

1 045 enfants ont été alimentés au biberon par leur mère. Morts, 341 ; vivants, 704. Mortalité, 32,63 p. 100.

804 enfants ont été alimentés au biberon par une personne de la famille, le plus souvent la grand'mère.

240 morts, 564 survivants. Mortalité 29,85 p. 100.

Nous arrivons à ce résultat assez inattendu que la jeune mère n'est pas aussi bonne nourrice au biberon que la grand'mère. Il est vrai qu'on peut interpréter le fait autrement et prétendre que la mère a tenu plus particulièrement à élever elle-même des enfants plus chétifs lorsque son sein n'avait pas du lait en suffisance. Il peut se faire aussi qu'elle a été obligée par son travail de confier son enfant plusieurs heures par jour à une étrangère ou même de le « *mettre à la crèche* ». Quoi qu'il en soit, les chiffres de mortalité 32,63 et 29,85 p. 100 sont très rapprochés. Et il devait en être ainsi : pour les enfants au biberon, il n'y a plus qu'une nourriture antiphysiologique qui passe au second plan, quant à la production de la mortalité ; les soins donnés à la préparation de la nourriture, les soins donnés à l'enfant priment l'influence de la nature de nourritures également artificielles, partant inadaptées aux besoins de l'enfant.

Il nous semble logique de réunir les deux catégories précédentes et de considérer ensemble 1 849 enfants

avec 581 morts pendant la première année et 1 268 survivants.

Mortalité : **31,42**.

Autre catégorie, les enfants sont confiés à une nourrice. Ils n'ont plus l'alimentation physiologique qui leur convient, ils n'ont plus les soins de leur mère ou de leur grand'mère.

Résultat : sur 2 241 enfants de 0 à 1 an, 1 126 morts.

Mortalité : **50,24** p. 100.

Les chiffres par nous obtenus jusqu'ici sont approximativement dans un rapport simple :

Mortalité des enfants allaités par leur mère : 14 p. 100 ;

Mortalité des enfants privés du lait de leur mère (biberon donné par la mère ou par une personne de la famille) ou des soins maternels (sein d'une nourrice) : 30 p. 100. L'une ou l'autre privation fait sur 100 enfants 16 cadavres.

L'enfant est privé à la fois du lait de femme et des soins maternels ; encore 20 nouveaux cadavres, et la mortalité dépasse 50 p. 100.

*
* *

Il nous reste à considérer deux catégories : l'une composée d'enfants mis en nourrice sans que nous sachions s'il s'agit d'une nourrice au sein ou d'une

nourrice au biberon, l'autre composée d'enfants ayant reçu précocement une alimentation artificielle.

Nous avons appris par les chiffres rencontrés jusqu'ici à quoi équivalait une mise en nourrice.

Et en effet, sur 122 enfants, 54 morts, une mortalité de 44,26 p. 100.

Notre dernière catégorie renferme un ensemble de faits fort disparates : des enfants ayant reçu dès le début une alimentation mixte, ou bien pendant quelque temps le sein (presque toujours le sein de la mère), puis une nourriture artificielle, soit de la mère, soit de l'inévitable nourrice. Nous tenterons de revenir sur cette catégorie, quoique le petit nombre d'enfants qu'elle contient, 1 412, le grand nombre des séries qu'il faudrait établir pour ne réunir que des faits comparables, ne soient pas de nature à permettre de poser des conclusions bien fermes. Nous croyons cependant entrevoir le peu de valeur d'une alimentation mixte ou de l'alimentation artificielle donnée après une période d'allaitement écourtée. L'influence meurtrière de la nourrice apparaîtra encore lorsque la mère, à un moment quelconque de l'allaitement, interrompra l'alimentation physiologique et remettra l'enfant aux mains d'une étrangère, et trop souvent de la nourrice professionnelle.

Nous avons groupé tous ces faits disparates sous le vocable « enfants soumis à l'alimentation artificielle

précoce », dans le but de compléter par une dernière catégorie le nombre de 13 952 enfants sur lesquels nous avons fait porter notre statistique.

Ensemble 1 412 enfants; 431 morts, 981 survivants.
Mortalité 30,52 p. 100.

*
* *

Il est utile de rassembler les chiffres obtenus jusqu'ici et de grouper ensemble certaines catégories.

Nous reprenons les résultats et nous continuons à les analyser en les présentant sous forme de tableaux.

TABLEAU I

MODE D'ALIMENTATION.	NOMBRE.	MORTS de 0 à 1 an.	RESTENT vivants au bout de la 1 ^{re} année.	MORTALITÉ.
				p. 100
Nombre global des enfants sans dis- tinction du mode d'alimentation. . .	13 952	3 759	10 193	26,94

TABLEAU II

MODE D'ALIMENTATION.	NOMBRE.	MORTS de 0 à 1 an.	RESTENT vivants au bout de la 1 ^{re} année.	MORTALITÉ.
Nombre total des en- fants élevés au sein.	7 604	1 231	6 373	p. 100 16,20
Nombre total des en- fants élevés au biberon.	4 814	2 043	2 771	42,43
Allaitement complété par une alimenta- tion artificielle pré- coce.	1 412	431	981	30,52
Enfants élevés en nourrice sans qu'il soit fait mention du mode d'alimenta- tion.	122	54	68	44,26
TOTAL. . . .	13 952	5 759	10 193	

TABLEAU III

MODE D'ALIMENTATION.	NOMBRE.	MORTS de 0 à 1 an.	RESTENT vivants au bout de la 1 ^{re} année.	MORTALITÉ.
Enfants nourris au sein sans indication du mode.	426	83	343	p. 100 19,48
Enfants nourris au sein par la mère. .	6 409	913	5 496	14,24
Enfants nourris au sein par une personne de la famille. .	37	6	31	16,21
Enfants nourris au sein par une nourrice mercenaire. .	732	229	503	31,29
Enfants nourris au biberon sans indication du mode. .	724	336	388	46,40
Enfants nourris au biberon par la mère.	1 045	341	704	32,63
Enfants élevés au biberon par une personne de la famille.	804	240	564	29,85
Enfants élevés au biberon par une nourrice mercenaire. .	2 241	1 426	1 115	50,24
Enfants en nourrice sans autre indication.	422	54	68	44,26
Enfants soumis à l'alimentation artificielle précoce. . .	1 412	431	981	30,52
TOTAL.	13 952	3 759	10 493	

TABLEAU IV

MODE D'ALIMENTATION.	NOMBRE.	MORTS de 0 à 1 an.	RESTENT vivants au bout de la 1 ^{re} année.	MORTALITÉ.
Enfants élevés au sein sans indication de mode. . .	426	83	343	p. 100 149,48
Enfants élevés au sein par la mère ou par une personne de la famille. . .	6 446	919	5 527	14,25
Enfants élevés au sein par une nourrice.	732	229	503	31,29
Enfants élevés au biberon sans indication de mode. . .	724	336	388	46,40
Enfants élevés au biberon par la mère ou par une personne de la famille. . .	1 849	581	1 268	31,42
Enfants élevés au biberon par une nourrice.	2 241	1 126	1 115	54,20
Enfants élevés en nourrice (sans autre indication).	122	54	68	44,26
Enfants ayant reçu une alimentation artificielle précoce.	1 412	431	981	30,52
TOTAL. . . .	13 952	3 759	10 193	

TABLEAU V

MODE D'ALIMENTATION.	NOMBRE.	MORTS de 0 à 1 an.	RESTENT vivants au bout de la 1 ^{re} année.	MORTALITÉ.
Enfants élevés au sein sans autre indication.	426	83	343	p. 100 19,48
Enfants élevés au biberon sans autre indication.	724	336	388	46,40
Enfants élevés par la mère ou une personne de la famille (sein ou biberon).	8 295	1 500	6 795	18,08
Enfants élevés en nourrice (sein ou biberon ou sans indication)	3 095	1 409	1 686	45,52
Enfants ayant reçu une alimentation artificielle précoce.)	1 412	431	981	30,52
TOTAL.	13 952	3 759	10 193	

TABLEAU VI

MODE D'ALIMENTATION.	NOMBRE.	MORTS de 0 à 1 an.	RESTENT vivants au bout de la 1 ^{re} année.	MORTALITÉ.
Enfants élevés au sein sans autre in- cation.	426	83	343	p. 100 19,48
Enfants élevés au sein par la mère. .	6 409	913	5 496	14,24
Tous les autres mo- des d'alimentation pris ensemble. . .	7 117	2 763	4 354	38,83
TOTAL. . . .	13 952	3 759	10 193	

Enfin tous les chiffres peuvent être résumés dans un dernier tableau dressé d'après le chiffre croissant des mortalités :

A. Enfants allaités par la mère, mortalité : 14,24 p. 100.

B. Enfants allaités par la mère ou une personne de la famille, mortalité : 14,25 p. 100.

C. Ensemble des enfants nourris au sein, mortalité : 16,20.

D. Enfants allaités par une personne de la famille autre que la mère, mortalité : 16,21 p. 100.

E. Enfants élevés par la mère ou par une personne de la famille (sein ou biberon), mortalité : 18,08.

G. Enfants nourris au sein sans indication de mode, mortalité : 19,48.

H. Mortalité totale : 26,94.

I. Enfants élevés au biberon par une personne de la famille, mortalité : 29,85.

K. Enfants ayant reçu avec le sein une alimentation artificielle précoce, mortalité : 30,52.

L. Enfants élevés au sein en nourrice, mortalité : 31,29.

M. Enfants élevés au biberon par la mère ou par une personne de la famille, mortalité : 31,42.

N. Enfants nourris au biberon par la mère, 32,63.

O. Tous les modes d'alimentation autres que le sein de la mère, pris ensemble, mortalité : 38,83.

P. Enfants élevés au biberon (tous les modes ensemble), mortalité : 42,43.

Q. Enfants élevés en nourrice, sans autre indication, 44,26.

R. Enfants élevés en nourrice (ensemble sein ou biberon, ou sans indication), mortalité : 45,52.

S. Enfants nourris au biberon, sans indication de mode, 46,40.

T. Enfants élevés au biberon par une nourrice mercenaire, 50,24.

De tout cela il y a surtout lieu de retenir les chiffres concernant les modes d'alimentation les plus répandus.

Enfants au sein de la mère, mortalité : 14,24.

Enfants en nourrice au sein, mortalité : 31,29.

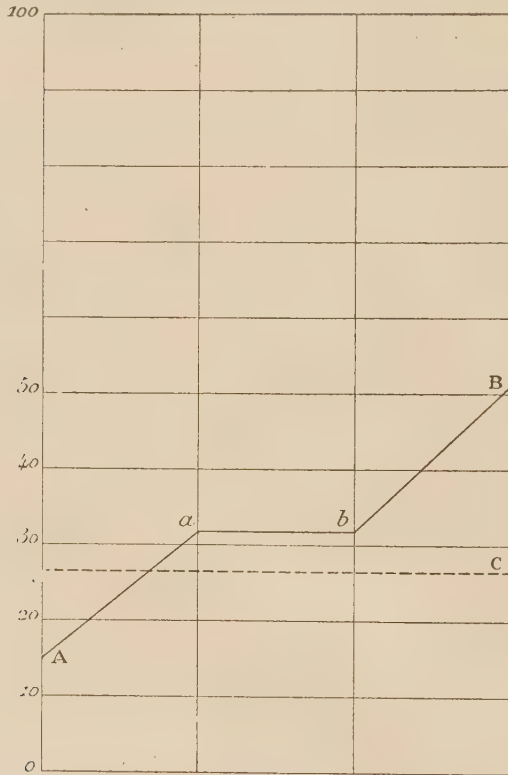


Fig. 1.

- A. Mortalité des enfants de 0 à 1 an allaités par la mère : 14,24 p. 100.
- a. Mortalité des enfants de 0 à 1 an élevés au sein en nourrice : 31,29 p. 100.
- b. Mortalité des enfants de 0 à 1 an élevés au biberon dans la famille : 31,42 p. 100.
- B. Enfants élevés au biberon par une nourrice mercenaire : mortalité de 50,24 p. 100.
- La mortalité générale est de 26,94 p. 100.

Enfants élevés au biberon dans la famille, mortalité : 31,42.

Enfants élevés au biberon par une nourrice mercenaire, mortalité : 50,24.

*
* *

Nous n'avons pas jusqu'ici tenté de tirer des conclusions de la mortalité dans le groupe d'enfants désigné comme ayant reçu une alimentation artificielle précoce.

D'une part, le nombre assez restreint des enfants de cette catégorie relevés dans notre statistique, d'autre part, les nombreuses variétés suivant lesquelles a été donnée l'alimentation ne nous le permettaient pas.

Cependant, ces réserves faites, on peut trier dans ce groupe d'enfants des sous-groupes homogènes. Nous n'en retiendrons que trois : 1° celui qui renferme des enfants qui ont reçu dès la naissance, avec le sein, une alimentation artificielle. C'est grossièrement l'allaitement mixte ; grossièrement, car dans bien des cas les observations mentionnent que les enfants ont reçu autre chose que du lait, par exemple des panades, des bouillies, et cela très précocement ; — 2° un autre sous-groupe comporte des enfants qui ont reçu pendant un temps le sein de leur mère, puis qui ont été alimentés au biberon par leur mère ou une personne de la famille ; — 3° enfin nous examinerons la mortalité des enfants

allaités pendant un temps par leur mère, puis confiés à une nourrice qui continue de les élever au biberon.

L'étude de ces sous-groupes pourra nous fournir quelques indications.

Considérons d'abord l'*allaitement mixte* ou mieux l'alimentation mixte.

Dès leur naissance, 213 enfants ont reçu du lait de femme et simultanément une autre alimentation: 87 sont morts, 126 ont vécu plus d'un an.

La mortalité est donc considérable, 40,86 p. 100, et déjà il apparaît que ce mode d'alimentation, lorsqu'il se prolonge, est un des plus mauvais.

Mais cette mortalité est aggravée parce que parmi ces enfants un certain nombre recevaient le sein et la nourriture artificielle d'une nourrice. D'autres étaient bien allaités par la mère, mais ils recevaient aussi la nourriture artificielle d'une étrangère; il s'agit par exemple d'enfants allaités la nuit par la mère qui, partant au jour pour son travail, les remet pour la journée à une garde ou les dépose dans une crèche.

Il y a donc lieu de réduire le sous-groupe et de ne considérer que les enfants allaités par leur mère et qui reçoivent en même temps le biberon de leur mère ou d'une autre personne de la famille.

Des enfants dans ces conditions, au nombre de 153, il en est mort 57; 96 ont survécu.

La mortalité est de 37,25 p. 100. C'est le chiffre le plus élevé obtenu par nous, concernant la mortalité des enfants dont les mères continuent à s'occuper.

Il est vrai que, dans à peu près tous les cas de ce genre, l'alimentation mixte est commandée par des circonstances impérieuses tenant à l'insuffisance de la lactation de la femme ou à sa condition sociale, mais il n'en est pas moins intéressant de constater l'indication de la statistique montrant que l'allaitement mixte ne donne même pas des résultats aussi satisfaisants que l'allaitement artificiel, le biberon donné par la mère ou par une personne de la famille.

Voyons maintenant les enfants allaités pendant un temps par leur mère, puis mis au biberon qui continue à être donné par la mère ou par une personne de la famille. Ici des divisions s'imposent suivant le temps qu'a pu durer l'allaitement maternel exclusif.

28 enfants ont reçu exclusivement le sein de la mère pendant quelques jours ou moins d'un mois ; 16 restent vivants à l'âge d'un an, 12 sont morts. — Mortalité, 42,79 p. 100.

162 enfants ont été allaités pendant une durée de 1 à 3 mois ; 125 vivants, 37 morts. — Mortalité de la première année, 22,84.

201 enfants ont été allaités par la mère pendant une durée de 3 à 6 mois, puis ont reçu le biberon ; 166 vi-

vants, 35 morts. — Mortalité de la première année, 17,44.

44 enfants ont été allaités par la mère plus de 6 mois; 39 vivants, 5 morts. — Mortalité, 11,11.

Ensemble 435 enfants ont été allaités par la mère pendant un temps, puis la mère, ou une personne de la famille a continué à donner le biberon; 346 vivants, 89 morts. — Mortalité, 20,45.

Toutes réserves étant faites, à cause de la faiblesse du nombre d'unités entrant ici en ligne de compte, il semble qu'on peut exprimer les idées suivantes, à titre d'indication :

Si la mère ne donne le sein que pendant quelques jours, tout le bénéfice de l'allaitement physiologique est perdu. L'enfant non seulement est victime de la même mortalité que les enfants mis au biberon dès après leur naissance, mais sa santé est gravement influencée par le changement de nourriture.

Si l'enfant est maintenu plus longtemps au sein maternel, la mortalité est diminuée, et d'autant plus que l'enfant est allaité pendant plus de temps; cependant la mortalité dans ces conditions ne devient voisine de la mortalité des enfants dits allaités par leur mère que lorsque l'allaitement a duré plus de six mois. Il s'ensuit que le terme de six mois est la limite inférieure de la durée de l'allaitement maternel.

Les faits suivants sont bien de nature à montrer l'influence pernicieuse de la nourrice au biberon, cela

à n'importe quel moment où l'allaitement maternel est interrompu.

40 enfants ont été allaités par la mère moins d'un mois, puis confiés à une nourrice mercenaire pour être alimentés au biberon; 21 morts dans la première année, 19 survivants. — Mortalité, 52,50 p. 100.

143 enfants ont reçu l'allaitement maternel de 1 à 3 mois, puis ont été mis en nourrice; 91 vivants, 52 morts. — Mortalité, 36,38 p. 100.

99 enfants ont reçu l'allaitement maternel de 3 à 6 mois, puis ont été mis en nourrice; 72 vivants, 27 morts. — Mortalité, 27,27 p. 100.

18 enfants ont été allaités par leur mère pendant 6 mois, puis mis au biberon en nourrice; 7 morts, 11 vivants. — Mortalité, 39 p. 100.

Ensemble 280 enfants, d'abord allaités par leur mère, ont été mis ensuite au biberon, cela chez une nourrice; 107 morts, 193 restent vivants. — Mortalité, 38,21 p. 100.

*
* *

Il était intéressant de voir dans quels mois les nourrissons meurent davantage, cela en rapport avec le mode d'alimentation qu'ils reçoivent. Il nous a semblé qu'il pouvait suffire pour cela de comparer entre elles les deux séries qui jusqu'ici s'opposent l'une à l'autre par la mortalité qu'elles fournissent, basse d'une part

et de l'autre extrêmement élevée. Considérons donc encore une fois les enfants allaités par leur mère et les enfants en nourrice au biberon.

Pour tous les cas où est relevé le mois de la mort des enfants élevés au sein de la mère nous trouvons qu'il est mort, pour les dix années complexivement, en :

Janvier.	38	enfants.
Février	30	—
Mars	34	—
Avril.	41	—
Mai	23	—
Juin.	35	—
Juillet.	48	—
Août	40	—
Septembre.	27	—
Octobre	23	—
Novembre	30	—
Décembre.	27	—

Soit un ensemble de 396 enfants pour qui cette indication est donnée; les chiffres, rapportés à 1000, donnent pour chacun des mois : janvier, 95; février, 76; mars, 86; avril, 103; mai, 58; juin, 88; juillet, 121; août, 101; septembre, 68; octobre, 58; novembre, 76; décembre, 68.

Considérons maintenant les enfants morts en nourrice au biberon selon le mois pendant lequel ils sont morts. Nous trouvons en :

Janvier.	21	morts.
Février.	23	—
Mars	19	—
Avril.	30	—
Mai.	29	—
Juin	42	—
Juillet.	61	—
Août	83	—
Septembre.	48	--
Octobre.	33	—
Novembre.	26	—
Décembre.	19	—

Ces chiffres concernent un nombre de 424 enfants pour qui l'indication du mois de la mort est donnée.

Rapportés à 1000, ces chiffres deviennent : pour janvier, 49; février, 54; mars, 44; avril, 71; mai, 66; juin, 99; juillet, 140; août, 185; septembre, 113; octobre, 78; novembre, 61; décembre, 45.

On voit donc que la mortalité des enfants allaités par leur mère se maintient en tout temps entre de certaines limites.

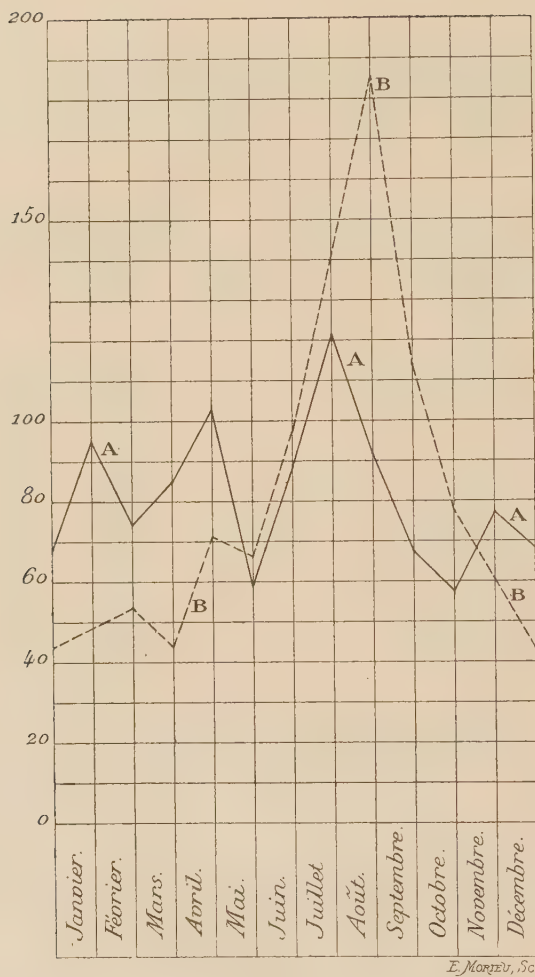


FIG. 2.

Mortalité des enfants, selon le mois de l'année, dans les deux groupes extrêmes :
 A enfants allaités par la mère ; B enfants en nourrice au biberon. Les chiffres
 sont rapportés à 1000 pour chacune des deux séries.

Pour les enfants en nourrice au biberon, la mortalité pendant la saison chaude est énorme.

Comparons ces deux séries de chiffres : nous voyons que les enfants allaités par leur mère meurent plutôt en janvier, avril, juillet. La plus forte mortalité, en juillet, n'atteint pas le double de la mortalité la plus faible, qui se rapporte également au mois de mai et au mois d'octobre.

Pour les enfants mis en nourrice au biberon, il n'y a qu'un maximum, mais celui-ci s'étend sur tous les mois chauds de l'année. Il commence en juin, pour cesser en septembre, avec le point culminant en août. Dans ce dernier mois, la mortalité est près de 5 fois plus élevée que dans un des mois où la mortalité est la plus faible, en mars et en décembre.

Inutile d'insister sur ces chiffres qui corroborent les faits bien connus de l'infection des nourrissons par le biberon, de l'énorme mortalité infantile dans les mois d'été.

*)
* { *

A quel âge meurent les enfants, ou du moins meurent-ils plus ou moins rapidement suivant que leur nourriture s'écarte davantage de la nourriture physiologique?

On sait que l'enfant a d'autant plus de chances de mourir rapidement qu'il est plus jeune. Mais encore

peut-il y avoir des différences en rapport avec la nourriture qu'il reçoit.

Pour nous rendre compte du fait, nous avons relevé l'âge des enfants allaités par la mère et des enfants élevés au biberon en nourrice au moment de leur mort.

Il se trouve que pour les deux séries, dans à peu près le même nombre de cas, l'âge de la mort est indiqué avec précision dans les observations.

Nous avons ainsi 864 enfants allaités par leur mère et qui sont morts. Il en est mort :

Dans leur 1 ^{er} mois.	129
Dans le 2 ^e	111
Dans le 3 ^e	89
Dans le 4 ^e	69
Dans le 5 ^e	57
Dans le 6 ^e	81
Dans le 7 ^e	51
Dans le 8 ^e	59
Dans le 9 ^e	61
Dans le 10 ^e	48
Dans le 11 ^e	58
Dans le 12 ^e	62

Ainsi, déjà à leur 4^e mois, près de la moitié des enfants allaités par leur mère, de ceux qui doivent mourir

pendant leur première année, ont déjà été emportés.

Au 5^e mois, le nombre des morts est moins considérable (57) ; mais voici qu'au 6^e mois le chiffre se relève (81), pour redescendre au 7^e mois (51), puis pour remonter encore légèrement.

Ne faut-il pas voir dans cette élévation si remarquable de la mortalité dans le 6^e mois la conséquence de sevrages ? N'en est-il pas de même pour les derniers mois de l'année ?

Les chiffres semblent l'indiquer, d'où la déduction logique que le nombre 14,24 p. 100, indiqué comme représentant la mortalité des enfants de 0 à 1 an allaités par leur mère, est trop fort, puisque parmi ces enfants il en est qui ont reçu autre chose que le lait maternel au 6^e mois ou plus tard.

Une conséquence plus importante, c'est que la durée de l'allaitement ne semble pas devoir être bornée au terme de 6 mois.

Nous avons déjà indiqué précédemment que ce terme de 6 mois est un minimum ; les chiffres montrent ici que c'est un minimum strict ; la durée de l'allaitement maternel ne peut que faire gagner des vies si elle dépasse 6 mois.

Les enfants nourris au biberon en nourrice, que deviennent-ils ? Ils meurent plus vite que ceux que la mère allaite. La moitié de la mortalité de l'année est déjà dépassée au 3^e mois.

Voici, d'ailleurs, nos chiffres; 889 enfants nourris au biberon en nourrice sont morts :

Dans le 1 ^{er} mois.	229
Dans le 2 ^e	136
Dans le 3 ^e	94
Dans le 4 ^e	71
Dans le 5 ^e	65
Dans le 6 ^e	103
Dans le 7 ^e	39
Dans le 8 ^e	34
Dans le 9 ^e	28
Dans le 10 ^e	30
Dans le 11 ^e	29
Dans le 12 ^e	26

La mortalité dans les 2 premiers mois est extrême. Au 3^e mois, la moitié des enfants a déjà disparu.

Au 6^e mois, la mortalité est plus forte que pour chacun des 2 mois précédents. Est-ce donc que la nourrice au biberon attend ce 6^e mois par remplacer le lait souillé du biberon par une nourriture encore plus défectueuse?

Après ce 6^e mois, la mort est comme épuisée, il ne reste plus 191 enfants sur les 889 qui doivent mourir dans l'année. Ces dernières vies s'égrènent peu à peu, les unes après les autres, au cours des 6 derniers mois de l'année.

Ainsi, disparaît dans l'année la moitié des nourrissons confiés à des nourrices mercenaires pour être élevés au biberon !

Reprenant les enfants allaités par leur mère et qui meurent dans la première année, nous voyons que le chiffre initial de 864 se réduit après le 1^{er} mois à 737, puis, après chacun des mois suivants, successivement à 626, 537, 468, 411, 331, 280, 221, 160, 120, 62.

Pour les enfants au biberon en nourrice, le nombre de 889 devient 660, 524, 430, 359, 294, 191, 152, 113, 85, 55.

Une courbe donne mieux que les chiffres l'idée des deux formes suivant lesquelles les deux nombres se réduisent.

Il ne s'agit là que d'une relation entre ceux qui meurent des deux groupes d'enfants.

Au-dessous de la courbe des nourrissons allaités par leur mère et qui meurent, une haute colonne devrait représenter les 5 000 enfants qui restent vivants.

Au-dessous de la courbe figurant la rapidité de la disparition des enfants au biberon chez une nourrice mercenaire, la colonne des vivants serait juste égale à la hauteur de la courbe et représenterait la survivance de 880 unités seulement :

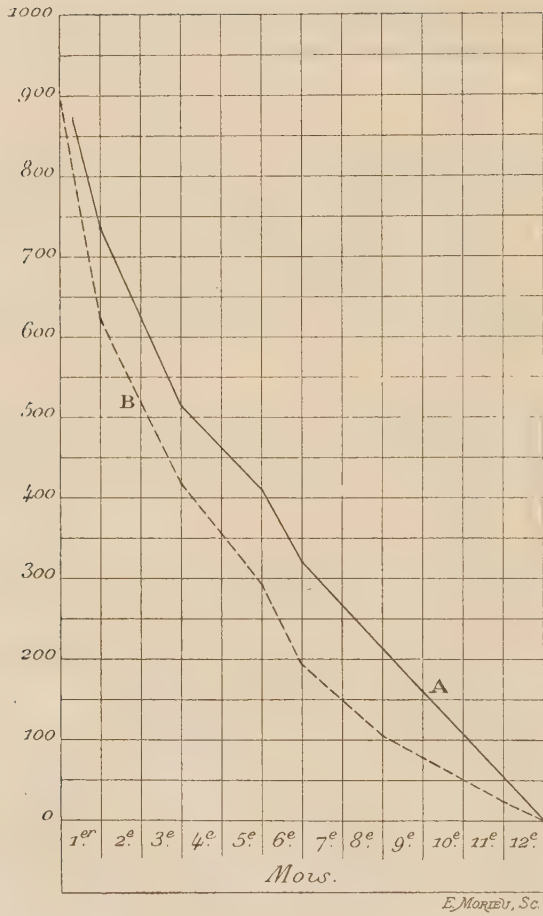


FIG. 3.

Mortalité comparée, suivant le mode d'alimentation, dans les mois de la première année : A enfants allaités par leur mère ; B enfants au biberon en nourrice. Les enfants nourris au biberon en nourrice meurent plus rapidement que les enfants allaités par leur mère.

*
* *

Nous sommes arrivé à la *statistique des enfants nés à Baudelocque* et sur lesquels nous avons des renseignements complets.

Les comptes de la mortalité comparée de ces nourrissons en rapport avec le mode d'alimentation ne nous retiendront pas longtemps. Aussi bien, les résultats sont conformes à ceux que nous avons établis dans les calculs de notre statistique générale.

Cette statistique partielle porte sur 1026 enfants; au bout de la première année, 266 étant morts, 760 demeureraient vivants. — La mortalité avait été de 26,72 p. 100.

493 enfants ont été allaités par la mère; 421 vivants, 72 morts. — Mortalité, 14,60 p. 100.

76 enfants étaient au sein en nourrice; 21 morts, 55 vivants. — Mortalité, 27,60 p. 100.

52 enfants avaient été alimentés au biberon par leur mère; 15 morts, 37 vivants. — Mortalité, 28,84.

46 enfants élevés au biberon par une personne de leur famille; 9 morts, 37 vivants. — Mortalité, 19,56 p. 100.

205 enfants élevés au biberon par une nourrice mercenaire; 92 morts, 113 vivants. — Mortalité, 44,96 p. 100.

154 enfants ont reçu dès le début une alimentation

mixte, ou, après avoir été allaités pendant un temps assez court, ont reçu une autre alimentation; 57 morts, 97 vivants à l'âge d'un an. — Mortalité, 37 p. 100.

La mortalité des enfants nés à la Clinique Baudelocque est pour l'ensemble de 26,72 p. 100, chiffre peu différent des 26,94 que donnait la statistique générale.

493 enfants ont été allaités par leur mère, 76 par une nourrice; ensemble 569 enfants, avec 93 morts et 476 vivants à la fin de leur première année. Mortalité 18,85 p. 100, un peu plus élevée que la mortalité de 16,20 p. 100 de la statistique générale, le nombre de 16,20 se rapportant à l'ensemble des enfants élevés au sein.

Mortalité des enfants allaités par leur mère : 14,60 p. 100. Ce chiffre ne diffère que de quelques dixièmes de celui de 14,24 qu'avait donné la statistique générale.

Mortalité des enfants confiés à une nourrice au sein : 27,60 p. 100. Ce chiffre est un peu meilleur que les 31,29 p. 100 que donnait la statistique générale.

Le nombre des enfants élevés au biberon est de 303, avec 116 morts, 187 vivants, et une mortalité de 38,28. Ce chiffre est un peu moins mauvais que celui de la statistique générale qui donnait 42,43 p. 100.

La mortalité des enfants à qui le biberon a été donné par la mère est de 28,84, contre 32,63 p. 100 de la statistique générale.

La mortalité des nourrissons élevés au biberon par une personne de la famille est 19,56, contre 29,85 p. 100 de la statistique générale.

Ensemble, pour ces deux dernières catégories comportant 98 enfants dont 24 sont morts dans la première année et 74 sont vivants à la fin de la première année, la mortalité est de 24,49 p. 100, sensiblement meilleure que celle de 31,42 p. 100 de la statistique générale.

Après avoir fait la remarque que dans notre statistique partielle aussi nous retrouvons ce fait singulier que le biberon donné par la mère comporte une mortalité plus forte que l'alimentation au biberon donné par une autre personne de la famille, passons à la catégorie suivante, celle des enfants ayant reçu le biberon en nourrice.

Là aussi, la mortalité est quelque peu améliorée en regard de celle que fournissait la statistique générale : 45 p. 100 au lieu de 50.

Notre dernière catégorie, celle des enfants soumis à une alimentation artificielle précoce accuse au contraire une aggravation de la mortalité par rapport à celle de la statistique générale; elle donne 37 p. 100 au lieu de 30,52 p. 100.

En somme, les résultats de la statistique portant sur les enfants nés à la Clinique Baudelocque confirment et complètent ceux que donnait la statistique générale.

En particulier les trois faits qui sont d'importance énorme sont de nouveau mis en lumière, à savoir que, dans le groupe de population considéré :

1° La mortalité des nourrissons allaités par leur mère est entre 14 et 15 p. 100 ;

2° La mortalité des nourrissons allaités par une nourrice ou mis au biberon dans leur famille oscille autour de 30 p. 100 ;

3° La mortalité des nourrissons envoyés en nourrice pour être alimentés au biberon est de 50 p. 100, ou voisine de ce chiffre.

Mais de plus, la statistique des enfants nés à la Clinique Baudelocque fournit, en un faisceau, des faits qui semblent avoir une valeur considérable et qui concernent plusieurs catégories de nourrissons.

Comparée à la statistique générale, la statistique partielle montre en effet :

1° Une diminution de la mortalité chez les enfants en nourrice au sein ;

2° Une diminution de la mortalité pour les enfants alimentés au biberon, et cela dans toutes les catégories que ce mode d'alimentation comporte : biberon donné par la mère, par une autre personne de la famille, par une nourrice mercenaire.

On peut penser que cela n'est qu'un effet de la réunion dans cette statistique de chiffres plus favorables. Mais, après un instant de réflexion, on remarque que la

statistique des enfants nés à Baudelocque porte sur 1 026 enfants et qu'elle renferme par conséquent la treizième partie de la statistique générale.

Par suite, il s'agit encore de nombres assez élevés, et s'il est possible qu'il s'agisse de séries de faits favorables rapprochés par le hasard, une autre explication peut être tentée.

En effet, pour amener une diminution de la mortalité des enfants élevés au sein d'une nourrice, il suffit que les nourrices soient surveillées;

Pour amener une diminution des nourrissons recevant une nourriture artificielle, il suffit que l'alimentation soit plus pure et mieux réglée.

Ce qui peut faire penser qu'il en a été ainsi, c'est que la statistique des enfants nés à Baudelocque concerne surtout des enfants venus au monde à une époque plus rapprochée de celle où nous sommes, c'est-à-dire dans les quatre dernières années. La statistique générale comprend au contraire des enfants nés environ dans les quinze dernières années.

Dès lors, il est permis de penser qu'une amélioration légère, atténuant la mortalité de chaque groupe d'enfants d'une ou d'un petit nombre d'unités, est due à la meilleure surveillance des nourrices, et surtout à la connaissance des règles de l'alimentation artificielle qui commence à pénétrer dans les masses.

Une raison qui tiendrait à le prouver, c'est que l'amélioration de la mortalité porte surtout sur le groupe

d'enfants nourris au biberon dans leur famille, où par suite le lait stérilisé a des chances d'être la nourriture exclusive de l'enfant.

Que l'amélioration du régime alimentaire de l'enfant au biberon ait une influence sur l'abaissement de la mortalité infantile, cela est incontestable.

Mais il ne faut pas en exagérer l'importance, pas plus que celle d'une meilleure surveillance de la nourrice au sein.

Les deux améliorations ne sauraient faire gagner que quelques unités sur une centaine de vies, tandis que la mesure à préconiser, celle de l'extension ou plutôt de la généralisation de l'alimentation physiologique est capable d'en faire gagner une dizaine et plus.

Notre statistique générale comme notre statistique des enfants nés à Baudelocque ont donné comme mortalité générale un nombre de 26,94 ou de 26,73 p. 100.

Notre statistique générale donnait, pour les enfants de 0 à 1 an ayant reçu une alimentation autre que le sein maternel, une mortalité de 38,83 p. 100. Celle des enfants nés à Baudelocque, dans sa partie qui considère les nourrissons élevés autrement qu'au sein de la mère, porte sur 493 enfants dont 194 sont morts et 339 ont survécu à leur première année. La mortalité est de 36,39 p. 100.

C'est de quelques unités que cette mortalité a pu s'atténuer, tandis que la mortalité générale peut s'abaisser de beaucoup par la généralisation du mode

d'alimentation qui donne le chiffre le plus bas de la mortalité infantile, l'allaitement maternel.

Sans contester les cas où la mère n'a pas le lait en suffisance pour pouvoir alimenter son enfant, le nombre de nourrissons recevant une autre alimentation que le sein de la mère est tout à fait hors de proportion avec le nombre de ces cas d'impossibilité.

Dans notre statistique générale portant sur 13952 enfants, il y a 7117 de ceux-ci qui ont reçu autre chose que le sein maternel exclusif.

Dans notre deuxième statistique, celle qui concerne les enfants nés à la Clinique Baudelocque, il en est 533 sur 1026 qui ont reçu une autre alimentation que l'allaitement maternel, à l'exclusion de tout autre nourriture.

On ne peut admettre que plus de la moitié des mères soient incapables de donner le sein ou de conduire l'allaitement jusqu'à son terme.

C'est pourquoi l'on ne saurait trop agir sur les mères pour les amener à comprendre que, sauf dans les cas d'impossibilité réelle et physique, *il est de leur devoir strict d'allaiter leurs enfants.*

*
* *

Mais nous n'avons pas terminé avec les enfants nés à la Clinique Baudelocque.

Nous savons comment le mode l'alimentation agit sur le pourcentage de la mortalité infantile.

D'autres causes inhérentes au fœtus sont susceptibles de faire varier la mortalité, notamment la présentation, le poids du fœtus, celui du placenta qui est témoin de l'intégrité pathologique du père et de la mère ou en dénonce les tares.

Des présentations, nous avons peu à tenir compte; la présentation du sommet étant la présentation physiologique, nous ne considérerons que celle-ci par rapport aux autres conditions variables du fœtus.

Nous nous proposons en conséquence de constituer des séries d'enfants, s'étant tous présentés par le sommet et groupés selon le poids du corps à la naissance, le rapport du poids du placenta à celui du corps.

Nous verrons aussi comment tous ces groupes se comporteront quant à la mortalité vis-à-vis de l'alimentation dont, pour plus de simplicité, il suffit de considérer deux modes, celui de l'allaitement maternel, et un deuxième comprenant toutes les autres sortes d'alimentation prises ensemble.

Rappelons que, pour les enfants nés à Baudelocque, l'allaitement maternel s'accompagne d'une mortalité de 44,60 p. 100. Tous les autres modes d'alimentation pris ensemble fournissent une mortalité de 36,39 p. 100.

*
* *

Considérons donc d'abord les enfants s'étant présentés par le *sommet* pour tenter de saisir les variations de la mortalité de leur première année en rapport à la fois avec leur *poids à la naissance* et leur mode d'alimentation.

Un ensemble de 1 000 présentations du sommet a donné naissance à des enfants, dont 267 sont morts dans la première année et 733 sont demeurés en vie. La mortalité a donc été de 26,70. Mettons en séries ces enfants d'après leur poids à la naissance :

18 pesaient moins de 2 250 grammes; 6 sont morts : mortalité 33 p. 100.

41 pesaient entre 2 250 et 2 500 grammes; 15 sont morts, 36,60 p. 100.

94 pesaient de 2 500 et 2 750 grammes; 20 sont morts, 21,28 p. 100.

181 pesaient de 2 750 à 3 000 grammes; 54 sont morts, 29,72 p. 100.

205 pesaient de 3 000 à 3 250 grammes; 55 sont morts, 26,85 p. 100.

202 pesaient de 3 250 à 3 500 grammes; 56 sont morts, 27,72 p. 100.

149 pesaient de 3 500 à 3 750 grammes; 40 sont morts, 26,80 p. 100.

110 pesaient de 3750 à 4000 grammes; 21 sont morts, 19,09 p. 100.

Cette liste ne permet pas d'autre appréciation nette que ceci : la mortalité des enfants s'étant présentés par le sommet est à peu près la mortalité générale. C'était évident à cause de l'extrême fréquence de cette présentation.

Elle indique aussi, toutes réserves faites à cause du petit nombre d'enfants de chaque série, que les enfants d'un poids inférieur à 2500 grammes meurent plus fréquemment dans leur première année que ceux qui sont mieux venus et plus robustes.

Mettons en série les enfants élevés au sein maternel :

8 pesaient moins de 2250 grammes; 2 sont morts, 25 p. 100.

17 pesaient entre 2250 et 2500 grammes; 3 morts, 17 p. 100.

50 pesaient entre 2500 et 2750 grammes; 4 morts, 8 p. 100.

89 pesaient entre 2750 et 3000 grammes; 16 morts, 17 p. 100.

89 pesaient entre 3000 et 3250 grammes; 13 morts, 14 p. 100.

89 pesaient entre 3250 et 3500 grammes; 15 morts, 16 p. 100.

75 pesaient entre 3500 et 3750 grammes; 13 morts, 17 p. 100.

56 pesaient entre 3750 et 4000 grammes; 7 morts, 12 p. 100.

On voit, en somme, que, sauf en ce qui concerne les enfants au-dessous de 2500 grammes, la mortalité est faible. Et même pour les petits enfants la mortalité n'atteint pas le taux de la mortalité générale.

Si nous considérons maintenant les enfants ayant reçu une autre alimentation que le sein de la mère, nous trouvons :

10 enfants pesant moins de 2250 grammes; 4 morts, 40 p. 100.

24 enfants pesant entre 2250 et 2500 grammes; 12 morts, 50 p. 100.

44 enfants pesant entre 2500 et 2750 grammes; 16 morts, 40 p. 100.

92 enfants pesant entre 2750 et 3000 grammes; 38 morts, 41 p. 100.

116 enfants pesant entre 3000 et 3250 grammes; 42 morts, 36 p. 100.

113 enfants pesant entre 3250 et 3500 grammes; 41 morts, 36 p. 100.

74 enfants pesant de 3500 à 3750; 27 morts, 36 p. 100.

54 enfants pesant 3750 à 4000 grammes; 14 morts, 26 p. 100.

Il est à remarquer la plus forte mortalité sur tous les enfants pesant moins de 3000. Ce sont donc les enfants

faibles qui sont frappés en plus grand nombre par la mortalité qui sévit sur les enfants recevant une autre alimentation que le sein maternel.

D'après le taux de la mortalité, l'enfant qui sera allaité par la mère est faible lorsqu'il pesait moins de 2 500 à la naissance ; s'il doit être alimenté au biberon, il est faible s'il a pesé moins de 3 000.

La conséquence, c'est qu'on expose, en soumettant à une autre alimentation que le sein de la mère les nourrissons ayant pesé moins de 3 000 grammes à la naissance, on expose ces enfants, disons-nous, à une mortalité de 40 p. 100 et plus, alors que les enfants, même lorsqu'ils ne pesaient que 2 250, à la condition qu'ils soient nourris au sein de la mère, ne meurent qu'au taux normal, ou environ.

Donc, plus un enfant est faible, plus il a besoin du sein de sa mère.

*
* * *

Nous devons considérer aussi l'influence que peut avoir le rapport du poids du placenta à celui du corps sur la mortalité de la première année de la vie.

On sait en effet que les enfants venus avec un gros placenta, ou plutôt de telle façon que le rapport du poids du placenta à celui du corps à la naissance est considérable, sont dans un état d'infériorité manifeste.

Pour plus de commodité dans nos calculs, nous

avons pris le rapport inverse, c'est-à-dire celui du poids du corps à la naissance à celui du placenta. Nous avons ordonné les enfants en groupes suivant que ce rapport est environ 4, 4 1/2, 5, 5 1/2, 6, 7, 8 ou 10. Le nombre 4 exprime un rapport faible; il représente un gros placenta; nous verrons que, suivant la règle qui a été donnée, les enfants se rapportant à ce groupe sont affectés d'une mortalité plus élevée que ceux des enfants pour qui ce rapport est plus élevé.

Nous avons un ensemble de 971 enfants soumis à tous les genres d'alimentation.

Pour 9, le rapport du poids du corps à celui du placenta est 4; la mortalité (3 morts) est 33 p. 100.

Pour les autres groupes où le rapport (R) est plus élevé nous trouvons :

$R = 4 \frac{1}{2}$; groupe de 29 enfants, 5 morts, mortalité, 17 p. 100.

$R = 5$; groupe de 85 enfants, 21 morts, mortalité, 24 p. 100.

$R = 5 \frac{1}{2}$; groupe de 131 enfants, 32 morts, mortalité 34 p. 100,

$R = 6$; groupe de 384 enfants, 113 morts, mortalité, 26 p. 100.

$R = 7$; 253 enfants, 59 morts, mortalité, 23 p. 100.

$R = 8$; 76 enfants, 19 morts, mortalité, 25 p. 100.

$R = 10$; 4 enfants, 1 mort, mortalité, 25 p. 100.

Ces chiffres nous apprennent deux choses : d'abord

que les enfants pour qui le rapport du poids du corps à la naissance à celui du placenta était de 4 environ, c'est-à-dire qui étaient attachés à un gros placenta, ont une mortalité forte; ensuite que, pour tous les autres groupes, ceux des enfants pour qui le rapport considéré varie de $4 \frac{1}{2}$ à 10, la mortalité est à peu près la même pour tous les groupes, et oscille autour de 25 ou 26, le chiffre que nous avons trouvé dans nos statistiques d'ensemble.

Il nous faut voir si ces faits se vérifient si l'on considère seulement les enfants allaités par leur mère.

467 enfants se répartissent de la façon suivante d'après la valeur de R :

$R = 4$; 5 enfants, 1 mort, mortalité, 25 p. 100.

$R = 4 \frac{1}{2}$; 19 enfants, 1 mort, mortalité, 6 p. 100.

$R = 5$; 38 enfants, 6 morts, mortalité, 15 p. 100.

$R = 5 \frac{1}{2}$; 65 enfants, 12 morts, mortalité, 18 p. 100.

$R = 6$; 184 enfants, 30 morts, mortalité, 15 p. 100.

$R = 7$; 116 enfants, 15 morts, mortalité, 10 p. 100.

$R = 8$ ou davantage; 40 enfants, 7 morts, mortalité, 17 p. 100.

En somme, en dehors de la série où $R = 4$ et où la mortalité atteint 25 p. 100, on voit dans toutes les autres séries, abstraction faite des écarts dus au petit nombre de cas sur lesquels nous tablons, cette mortalité osciller autour des chiffres 14 ou 15 qui expriment,

suivant nos statistiques, la mortalité de la première année des enfants élevés par leurs mères.

504 enfants ont reçu une autre alimentation que le sein de leur mère. D'après le rapport R, répartissons les groupes :

$R = 4$; 4 enfants, 2 morts, 50 p. 100.

$R = 4 \frac{1}{2}$; 10 enfants, 4 morts, 40 p. 100.

$R = 5$; 47 enfants, 15 morts, 32 p. 100.

$R = 5 \frac{1}{2}$; 66 enfants, 20 morts, 30 p. 100.

$R = 6$; 200 enfants, 83 morts, 41 p. 100.

$R = 7$; 137 enfants, 44 morts, 32 p. 100.

$R = 8$; 40 enfants, 13 morts, 32 p. 100.

Ces séries confirment nos premières conclusions.

Si $R = 4$, la mortalité est de 50 p. 100. Si R est plus fort, la mortalité se rapproche de 36, mortalité moyenne des enfants ayant reçu une autre alimentation que le sein de la mère.

Remarquons que lorsque $R = 4$, il meurt 25 p. 100 des enfants au sein de la mère, soit 10 p. 100 en plus du nombre moyen 15; si ces enfants reçoivent une autre alimentation que le sein de la mère, il en meurt 50 p. 100, soit 14 en plus du chiffre moyen 36.

Par suite, nous sommes autorisé à insister sur l'opinion déjà exprimée à propos des enfants faibles, à savoir que plus un enfant est en état d'infériorité, plus il a besoin du sein de sa mère.

*
* *

Pour être complet, nous avons à tenir compte encore des présentations rares, des enfants issus d'une grossesse gémellaire, des enfants extraits après la symphyséotomie.

Chacune de ces catégories ou groupes de faits ne contient qu'un petit nombre d'unités ; par suite il sera ou bien souvent inutile d'en tirer des conclusions, ou bien ces conclusions n'auront qu'une valeur relative que nous nous garderons de discuter.

Aussi, afin que chacun puisse se faire une idée de l'influence sur la mortalité infantile du mode d'alimentation dans ces faits peu fréquents, nous donnons les éléments des observations avec les références qui les concernent.

Siège.

N° de notre statistique : 1785.

N°s de la Clinique Baudelocque : 1742, année 1892 ; 722, année 1894.

Présentation du siège complet. Garçon pesant à la naissance 3 270 grammes ; au 9^e jour, 3 250. Placenta, 580 grammes.

Alimentation : sein maternel.

Mort à 3 mois 1/2.

N° de notre statistique : 3922.

N°s de la Clinique Baudelocque : 1893, 1540 ; 1895, 743.

Siège décomplété, mode des fesses, fille pesant 3 510 grammes à la naissance, 3 500 au 10^e jour. Placenta, 480.

Alimentation : biberon dans la famille.

Vivant à 1 an.

N^o de notre statistique : 3352.

N^{os} de la Clinique Baudelocque : 1895, n^o 210; 1896, n^o 166.

Siège décomplété, mode des fesses, abaissement prophylactique du pied. Garçon pesant 3 300 grammes à la naissance, 2 700 au 7^e jour. Placenta, 480.

Alimentation : sein maternel.

Mort à 5 semaines.

N^o de notre statistique : 5516.

N^{os} de la Clinique Baudelocque : 1894, n^o 277; 1896, n^o 367.

Siège complet. Garçon pesant 3 080 grammes à la naissance, 3 190 le 8^e jour. Placenta, 590.

Alimentation : allaitement mixte, sein et biberon donnés par la mère.

Vivant à 1 an.

N^o de notre statistique : 6586.

N^{os} de la Clinique Baudelocque : 1893, n^o 169; 1896, n^o 1536.

Présentation du siège décomplété, mode des fesses. Fille, poids à la naissance, 2 870; au 12^e jour, 3 120. Placenta, 370.

Alimentation : allaitement maternel.

Vivant à 1 an.

N^o de notre statistique : 7217.

N^{os} de la Clinique Baudelocque : 1894, n^o 317; 1896, n^o 2210.

Siège. Fille. Poids à la naissance, 3 360; au 7^e jour, 3 310. Placenta, 590.

Alimentation : nourrice au sein.

Mort à 17 jours.

N° de notre statistique : 7852.

N°s de la Clinique Baudelocque : 1895, n° 1632; 1897, n° 635.

Siège décomplété, mode des fesses. Fille. Poids à la naissance, 3 500 grammes; au 8^e jour, 3 730. Placenta, 520.

Alimentation : nourrice au sein.

Vivant à 1 an.

N° de notre statistique : 7889.

N°s de la Clinique Baudelocque : 1895, n° 1978; 1897, n° 681.

Siège complet. Garçon pesant 2 980 à la naissance, 3 050 au 10^e jour. Placenta, 500.

Alimentation : 3 mois le sein de la mère, puis le biberon en nourrice.

Mort à 7 mois, en juillet.

N° de notre statistique : 8461.

N°s de la Clinique Baudelocque : 1891, n° 822; 1897, n° 1258.

Siège. Fille 3 980; au 10^e jour 3 670. Placenta 600.

Alimentation : sein maternel.

Vivant à 1 an.

N° de notre statistique : 9937.

N°s de la Clinique Baudelocque : 1896, n°, 1866, 1898, n° 434.

Siège complet. Garçon. Poids à la naissance, 2 700; au 10^e jour, 2 900. Placenta, 400.

Alimentation : allaitement maternel.

Vivant à 1 an.

N° de notre statistique : 10248.

N°s de la Clinique Baudelocque : 1890, n° 412; 1898, n° 800.

Siège. Fille. Poids à la naissance, 2 880; au 10^e jour, 3 030. Placenta, 540.

Alimentation : sein maternel.

Vivant à 1 an.

N° de notre statistique : 10461.

N°s de la Clinique Baudelocque : 1895, n° 284; 1898, n° 1023.

Albuminurie. Siège complet. Garçon pesant 2680; au 5^e jour, 2670. Placenta, 440.

Alimentation : nourrice au biberon.

Mort à 2 mois, en avril.

N° de notre statistique : 10479.

N°s de la Clinique Baudelocque : 1896, n° 1804; 1898, n° 1038.

Siège décomplété, mode des fesses. Garçon pesant 3660 à la naissance, 3590 au 9^e jour. Placenta, 560.

Alimentation : sein maternel.

Mort à 1 mois 1/2.

N° de notre statistique : 11093.

N°s de la Clinique Baudelocque : 1895, n° 977; 1898, n° 1651.

Siège décomplété, mode des fesses. Garçon, 2670; au 3^e jour, 2720. Placenta, 420.

Alimentation : biberon (sans autre indication).

Vivant à 1 an.

N° de notre statistique : 11551.

N°s de la Clinique Baudelocque : 1897, n° 1067; 1898, n° 2141.

Siège décomplété, mode des fesses. Fille, 2400; 8^e jour, 2220. Placenta, 320.

Alimentation : sein maternel.

Mort à 8 mois 1/2.

N° de notre statistique : 11783.

N°s de la Clinique Baudelocque : 1896, n° 1147; 1899, n° 101.

Siège. Rupture artificielle des membranes. Procubitus du cordon. Extraction par le siège. — Fille : 3010; 9^e jour, 3170. Placenta, 535.

Alimentation : sein maternel.

Vivant à 1 an.

N° de notre statistique : 12496.

N°s de la Clinique Baudelocque : 1894, n° 317 ; 1899, n° 861.

Siège, mode des pieds. Fille, 3 360 ; au 7^e jour, 3 310. Placenta, 590.

Mode d'alimentation : nourrice au sein.

Mort à 15 jours.

N° de notre statistique : 12597.

N°s de la Clinique Baudelocque : 1897, n° 2105 ; 1899, n° 1002.

Siège décomplété, mode des fesses. Fille, 2850 ; 7^e jour, 2 940. Placenta, 530.

Alimentation : sein maternel, 4 mois ; puis biberon par la mère.

Mort à 9 mois.

N° de notre statistique : 12872.

N°s de la Clinique Baudelocque : 1896, n° 1153 ; 1899, n° 1213.

Siège décomplété, mode des fesses. Garçon, 3 270, 8^e jour, 3 400. Placenta, 550.

Alimentation : biberon donné par une personne de la famille.

Vivant à 1 an.

N° de notre statistique : 12939.

N°s de la Clinique Baudelocque : 1897, n° 941 ; 1899, n° 1373.

Siège décomplété, mode des fesses. Fille, 2 330 ; 8^e jour. 2 320. Placenta, 400.

Alimentation : sein maternel.

Vivant à 1 an.

N° de notre statistique : 13039.

N°s de la Clinique Baudelocque : 1897, n° 2079 ; 1899, n° 1504.

Siège. Garçon, 3 710; 7^e jour, 3 540. Placenta, 600.

Alimentation : biberon donné par la mère.

Mort à 9 mois.

N^o de notre statistique : 13538.

N^{os} de la Clinique Baudelocque : 1897, n^o 2062; 1899, n^o 2016.

Siège décomplété, mode des fesses. Fille, 2480 grammes;
9^e jour, 2400. Placenta, 500.

Alimentation : 4 mois d'allaitement maternel, puis biberon en nourrice.

Vivant à 1 an.

Ainsi, sur 22 enfants, 10 morts : une mortalité de 45 p. 100.

Sur 10 enfants s'étant présentés par le siège et ayant reçu exclusivement le sein maternel, 4 morts : mortalité, 40 p. 100.

Pour tous les autres modes d'alimentation pris ensemble : 12 enfants, 6 morts ; mortalité, 50 p. 100.

Malgré le petit nombre de cas renfermés dans cette série, il apparaît nettement que, même lorsqu'une haute mortalité est imputable au seul fait de la présentation vicieuse, l'allaitement maternel exclusif est capable de sauver un certain nombre de vies.

Épaule.

N^o de notre statistique : 8426.

N^{os} de la Clinique Baudelocque : 1895, n^o 1709 ; 1897, n^o 1208.

Présentation de l'épaule. Tentatives de version par manœuvres

externes. Rupture précoce des membranes. Introduction du ballon Champetier. Version interne.

Fille pesant 2950 grammes à la naissance, 3050 grammes au 10^e jour. Placenta, 440.

Alimentation : nourrice au sein.

Mort à 2 mois.

N^o de notre statistique : 8968.

N^{os} de la Clinique Baudelocque : 1894, n^o 778 ; 1897, n^o 1734.

Présentation de l'épaule droite. Procidence du cordon et issue d'une main. Réduction.

Garçon pesant 4070 grammes à la naissance ; au 8^e jour, 4000. Placenta, 730.

Alimentation : biberon en nourrice. |

Vivant à 1 an.

N^o de notre statistique : 11511.

N^{os} de la Clinique Baudelocque : 1897, n^o 179 ; 1898, n^o 2106.

Épaule. Version par manœuvres internes. Garçon, 3140 ; 10^e jour, 3240. Placenta, 560.

Alimentation : 2 mois le sein de la mère, puis nourrice au biberon auprès de la mère.

Vivant à 1 an.

N^o de notre statistique : 13193.

N^{os} de la Clinique Baudelocque : 1895, n^o 1790 ; 1899, n^o 1659.

Épaule gauche réduite en sommet. Fille, 3100 grammes ; 7^e jour, 3150. Placenta, 460.

Alimentation : sein maternel.

Vivant à 1 an.

Face.

N° de notre statistique : 6026.

N°s de la Clinique Baudelocque : 1893, n° 317 ; 1896, n° 932.

Présentation de l'extrémité céphalique défléchie, variété frontale. Fille pesant 3500 grammes à la naissance ; au 6^e jour, 3520. Placenta, 510.

Alimentation : nourrice au sein.

Vivant à 4 an.

Jumeaux.

N°s de notre statistique : 2320, 2321.

N°s de la Clinique Baudelocque : 690, année 1893 ; 1270, année 1894.

Premier jumeau, présentation du sommet. Garçon pesant à la naissance, 2050 ; au 12^e jour, 2190.

Deuxième jumeau, présentation du siège. Garçon pesant à la naissance, 1850 ; au 12^e jour, 1940. Placenta, 910.

Alimentation : allaitement mixte, sein et biberon donnés par la mère.

Les deux enfants sont morts à l'âge de 3 semaines.

N°s de notre statistique : 5931, 5932.

N°s de la Clinique Baudelocque : 1893, n° 153 ; 1896, n° 815.

Enfants venus le premier par le siège, le second par le sommet.

— Premier (?). — Deuxième : garçon pesant 2810 à la naissance, 2580 au 8^e jour.

Alimentation : biberon donné par la mère.

Enfants morts à l'âge de 3 mois et de 5 mois.

N°s de notre statistique : 10327, 10328.

N°s de la Clinique Baudelocque : 1896, n° 82 ; 1898, n° 887.

Premier fœtus masculin. Sommet. 1980 grammes ; au 9^e jour, 2080.

Deuxième fœtus masculin. Siège. Version par manœuvres externes. 2580 grammes ; au 9^e jour, 2670. Placenta commun, 690 grammes.

Alimentation : allaitement maternel pour les deux enfants.

Les deux enfants vivants à 1 an.

N^{os} de notre statistique : 10488, 10489.

N^{os} de la Clinique Baudelocque : 1894, n^o 1051 ; 1898, n^o 1056.

Premier enfant, siège décomplété, mode des fesses. Garçon. Poids : 2750 ; au 10^e jour, 2670.

Deuxième garçon, siège complet. Poids : 2910 ; au 10^e jour, 2820. 2 placentas, 1040.

Alimentation : premier enfant, allaitement maternel. — Vivant à 1 an.

Deuxième enfant, allaitement mixte. — Mort à 12 mois.

N^{os} de notre statistique : 13556, 13557.

N^{os} de la Clinique Baudelocque : 1897, n^o 2243 ; 1899, n^o 2029.

Premier jumeau, garçon. Sommet. 1690 grammes ; 8^e jour, 1640.

Deuxième jumeau, fille, siège complet. Poids : 2030 ; 8^e jour, 1800. Placenta, 750.

Alimentation : sein maternel pour les deux enfants.

Garçon vivant à 1 an.

Fille morte à 7 mois.

5 jumeaux ont été allaités par la mère ; 4 ont vécu.

5 jumeaux ayant reçu le biberon ou une alimentation mixte sont morts.

Voilà une belle série — trop belle — pour démontrer

l'excellence de l'alimentation exclusive au sein maternel.

Mais le nombre de 10 jumeaux est bien petit pour que nous fassions grand état de la seule survivance des jumeaux nourris exclusivement au sein de la mère.

Ce qui complète la beauté de la série, c'est cette particularité que dans un cas le jumeau allaité exclusivement au sein de la mère a vécu, alors que celui qui recevait une alimentation mixte a succombé.

Symphyséotomie.

N° de notre statistique : 3376.

N°s de la Clinique Baudelocque : 722, année 1893; 233, année 1895.

Garçon pesant 4 700 à la naissance; au 10^e jour, 1720; au 26^e jour, 2160. Le placenta pesait 210.

Alimentation : sein maternel.

Mort à 7 semaines.

N° de notre statistique : 3461.

N°s de la Clinique Baudelocque : 1892, 1326; 1895, 313.

Garçon pesant 3 200 grammes à la naissance; au 10^e jour, 318; au 17^e, 3 600. — Placenta, 550.

Alimentation : sein maternel.

Vivant à 1 an.

N° de notre statistique : 3462.

N°s de la Clinique Baudelocque : 1893, n° 1203; 1895, n° 315.

Symphyséotomie, sommet, Fille 3 730 grammes; au 10^e jour, 3 920; au 30^e, 3 980. — Placenta, 630.

Alimentation : nourrice au sein.

Vivant à 1 an.

N° de notre statistique : 3977.

N°s de la Clinique Baudelocque : 1892, n° 249; 1893, n° 807.

Hydropisie de l'amnios, gros œuf, deux applications de forceps infructueuses; symphyséotomie. Garçon se présentant par le sommet. Poids à la naissance, 4 630; au 10^e jour, 4 720; au 20^e, 5 700. Placenta, 640.

Enfant élevé au biberon en nourrice.

Vivant à 1 an (mort en nourrice de pneumonie, à l'âge de 2 ans).

N° de notre statistique : 4403.

N°s de la Clinique Baudelocque : 1894, n° 1503; 1895, n° 1253.

Bassin vicié, symphyséotomie. Sommet. Garçon pesant 2 230; au 20^e jour, 2 340. Placenta : 440.

Alimentation : biberon donné par la mère.

Vivant à 1 an.

N° de notre statistique : 4472.

N°s de la Clinique Baudelocque : 1894, n° 901; 1895, n° 1306.

Symphyséotomie. Sommet. Fille pesant à la naissance 3 580; au 20^e jour, 4 220. Placenta, 560.

Alimentation : allaitement maternel pendant 5 mois, puis biberon.

Vivant à un an.

N° de notre statistique : 5092.

N°s de la Clinique Baudelocque : 1893, n° 1322; 1896, n° 836.

Bassin asymétrique, symphyséotomie. Sommet. Garçon pesant 2 620 à la naissance, 2 700 au 10^e jour. Placenta, 480.

Alimentation : sein maternel.

Vivant à un an.

N° de notre statistique : 6305.

N°s de la Clinique Baudelocque : 1894, n° 343; 1896, n° 1232.

Symphyséotomie. Sommet. Garçon. Poids à la naissance, 3380; au 7^e jour, 3370. Placenta, 580.

Alimentation : sein d'une nourrice, 4 mois; puis biberon.

Vivant à un an.

N° de notre statistique : 8068.

N°s de la Clinique Baudelocque : 1895; n° 700; 1897, n° 854.

Symphyséotomie. Extraction par le forceps d'un enfant étouffé, ranimé par l'aspiration sans insufflation. Sommet. Garçon : 3370; le 10^e jour, 3940; le 20^e jour, 4200. Placenta, 580.

Alimentation : allaitement maternel.

Vivant à un an.

N° de notre statistique : 9285.

N°s de la Clinique Baudelocque : 1892, n° 249; 1897; n° 2055.

Hydropisie de l'amnios. Gros œuf. Deux applications de forceps sans résultat, tête enclavée. Symphyséotomie.

Garçon pesant 4630; au 10^e jour, 4470; au 20^e jour, 4720. Placenta, 640.

Alimentation : biberon en nourrice.

Vivant à 1 an (mort à 2 ans).

N° de notre statistique : 9680.

N°s de la Clinique Baudelocque : 1895, n° 1822; 1898, n° 154.

Symphyséotomie : poids à la naissance, 3120.

Alimentation : biberon en nourrice.

Mort à 10 mois, en décembre.

Dans cette petite série, nous ne trouvons pas l'énorme survivance habituelle en faveur de l'allaitement maternel.

Mais il se dégage une constatation plus importante dans l'espèce :

Sur 11 enfants nés après symphyséotomie, 2 sont morts dans la première année. Mortalité, 18 p. 100.

Or la mortalité générale des enfants de première année est de 26 ou 27 p. 100.

Il ressort de la comparaison des deux derniers chiffres que la mortalité dans la première année des enfants nés après symphyséotomie, et qui ont survécu à l'accouchement, n'est pas supérieure à celle des enfants nés dans des conditions ordinaires.

CONCLUSIONS

Pour qui a parcouru ces pages il est devenu évident que l'on ne pourra voir diminuer considérablement la mortalité infantile que le jour où l'allaitement maternel sera décidément remis en honneur. ¹

Il y a des mères qui ont du lait en abondance mais qui se désintéressent du petit être.

Il y en a d'autres qui n'ont véritablement pas de lait en suffisance pour mener l'allaitement à bien.

Dans ces deux cas, il n'y a rien à faire au point de vue de la propagation de l'allaitement maternel.

Mais ces femmes doivent représenter une proportion assez faible et ne sauraient constituer environ la moitié des mères. Nos statistiques montrent en effet que c'est environ la moitié des mères qui donnent aux nourrissons une autre alimentation que leur propre lait.

Dans la partie de la population que nous avons considérée, il ne saurait s'agir de la mode d'avoir une nourrice chez soi ou d'une préférence, plus ou moins raisonnée, donnée à l'alimentation artificielle sur l'allaitement maternel.

Il demeure donc à peu près évident que si la plupart des mères, dont les nourrissons ont servi à nos calculs, n'ont pas allaité, c'est qu'elles ne l'ont pas pu, cela par suite de causes inhérentes à leur état social.

Que sont en effet ces femmes? Bonnes, petites ouvrières, petites employées, petites commerçantes, elles doivent leur subsistance à leur travail quotidien et ne sauraient interrompre leurs occupations plus de quelques jours. Aussi les voit-on entrer dans les maternités à l'extrême limite de leur grossesse seulement et repartir aussitôt qu'elles se retrouvent sur pied.

Les femmes des ouvriers ou des employés, celles dont les maris peuvent pourvoir seuls aux besoins du ménage, sont les plus favorisées. Ce sont ces femmes qui sans doute forment le gros appoint de cette moitié des mères qui, suivant nos statistiques, élèvent leurs enfants à leur sein.

Mais il faut bien se rendre compte aussi que, dans un grand nombre de ménages du peuple de Paris, la femme aussi bien que le mari doit travailler en dehors de chez elle et rapporter sa quote-part aux besoins communs.

Il doit arriver qu'après un accouchement de tels ménages pourront faire un effort pour conserver auprès d'eux l'enfant qui vient de naître et que la mère, quittant son atelier pour quelque temps, nourrira de son lait.

Mais qu'une nouvelle grossesse, qu'un nouvel accouchement ait lieu, le ménage n'a plus de ressources

pour faire l'effort d'élever le second enfant; la mère ne pourra interrompre son travail, l'enfant sera confié à l'étrangère, pour devenir quoi? Nos statistiques, après tant d'autres du même genre, ont donné la réponse.

Il est inutile de persister plus longuement dans cet ordre d'idées. Nous avons simplement mentionné cet état de choses pour être amené à exprimer notre conviction intime que la plupart de ces femmes allaient tous leurs enfants si elles le pouvaient.

On nous concédera tout au moins que, si des ressources suffisantes étaient octroyées aux femmes pauvres qui donnent le sein à leur enfant, la mise en nourrice deviendrait une exception, au grand bénéfice de l'accroissement du chiffre de la population.

Le peu que nous avons dit aboutit tout naturellement à cette conclusion que la femme pauvre qui vient d'avoir un enfant doit trouver à sa disposition les secours suffisants pour pouvoir demeurer quelques mois absente de son atelier ou de sa place de bonne, de cuisinière ou d'employée, etc.

Quelques mois avons-nous dit. Combien de mois? A cette question nous avons répondu par avance déjà deux fois au cours de l'exposé de nos statistiques en montrant que le terme minimum de l'allaitement devait être de 6 mois et que l'avantage était même de prolonger l'allaitement au delà de ce terme.

Mais tenons-nous-en au terme de six mois; nous avons fait d'ailleurs remarquer au cours de notre statistique (mortalité plus grande au 6^e mois des nourrissons qu'au 5^e) des particularités indiquant que le terme du 6^e mois était très souvent considéré par les mères ou les nourrices, comme la durée suffisante de l'allaitement, et l'âge de 6 mois comme la date du sevrage.

N'oublions pas les efforts déjà tentés pour donner aux femmes pauvres la possibilité de mener à bien leur grossesse, nous voulons dire de se reposer dans les dernières semaines de celle-ci.

Que donne cette mesure? De beaux enfants nés à terme. Alors la société a-t-elle le droit de laisser les mères se séparer de ces enfants qui ne demandent qu'à vivre et de les abandonner aux nourrices meurtrières?

Sans doute dans un certain nombre de cas des secours sont accordés aux femmes qui allaitent, notamment aux filles mères.

Mais c'est une mesure très générale que nous souhaitons, une mesure capable de réduire dans de grandes proportions la mortalité du premier âge. C'est la généralisation de l'allaitement maternel dans les classes pauvres par un secours accordé à toutes les mères qui ont besoin d'aide pour être en état de donner tout leur temps, tous leurs soins, tout leur lait à leur enfant.

Nous exprimons mal notre pensée en parlant de

secours accordé; ce secours est dû; il est dû par la société qui, accordant ce secours, sera encore redevable aux mères pour les unités vivantes qui viendront accroître son nombre.

Donc, ce secours de l'allaitement est dû aux mères nourrices, la société ne faisant ainsi que payer le lait qui lui sera rendu en chair.

Et maintenant, comment sera donné ce secours? En argent? En allocations mensuelles?

Il est bien de laisser aux mères leur initiative; un secours en argent sera souvent suffisant. Cela, et des consultations de nourrissons comme il en existe déjà beaucoup, pourra permettre à nombre de mères de mener à bien l'allaitement sans commettre de grosses erreurs.

Mais nos statistiques ont surtout envisagé un milieu pauvre, des enfants de mères pauvres, souvent très pauvres et très ignorantes.

Pour ces femmes de condition sociale défavorable, le secours en argent ne saurait suffire.

Il s'agit de ces femmes habituées à une vie dure, pénible, chez qui le souci de la vie dans l'heure présente ne laisse pas naître le souci du lendemain. Il est à craindre que l'argent soit mal employé. Sachant à peine se conduire dans la vie, comment ces femmes conduiraient-elles l'être passif qu'elles portent suspendu à leur mamelle?

En somme, pour ce qui concerne les femmes très pauvres, ou abandonnées à elles-mêmes avec leur nourrisson, il n'y a qu'une mesure capable de favoriser l'allaitement maternel, et même indirectement d'y obliger, c'est l'hospitalisation.

Cette hospitalisation serait le complément naturel du séjour dans des maisons spéciales pendant les dernières semaines de la grossesse, de l'accouchement dans les maternités.

La femme qui allaite devrait pouvoir trouver, pendant les 6 mois au moins qui suivent son accouchement, la nourriture et le repos dans ces hôpitaux, ou asiles, ou villas des mères-nourrices.

Et c'est encore dans des maisons de ce genre qui leur seraient spécialement affectées, qu'elles auraient constamment sous les yeux l'exemple de la propreté qui souvent leur manque, et qu'elles pourraient quotidiennement recueillir de bons conseils au sujet de l'élevage de leur nourrisson.

Nous en avons terminé avec les quelques réflexions que nous ont suggérées les résultats de nos statistiques.

Rappelons le fait énorme qui s'en dégage tout d'abord : mortalité des enfants allaités par leur mère, 14 p. 100 ; tout autre mode d'alimentation donne une mortalité d'au moins 30 p. 100.

Et la mortalité des nourrissons est d'autant plus élevée que l'alimentation s'écarte davantage du mode

physiologique, au point que la mortalité atteint 50 p. 100, si l'enfant n'a plus ni le lait, ni les soins de sa mère.

C'est pour la misérable catégorie des enfants mis au biberon en nourrice que cette mortalité énorme est atteinte.

Nous avons pu vérifier pas à pas, à mesure que nous exposions les résultats de notre statistique, que la mortalité variait avec le mode d'alimentation, qu'elle était fonction de l'alimentation.

Considérant que le remède à la haute mortalité infantile pouvant être rapidement efficace consiste en la généralisation de l'allaitement maternel, nous avons exprimé l'avis que des secours étaient dus aux femmes pauvres qui allaitent.

Nos préférences sont allées, en ce qui concerne les femmes très malheureuses, au secours sous la forme de l'hospitalisation offerte pour toute la durée de l'allaitement maternel.

Et voici que, si l'on réfléchit que ce sont précisément ces femmes très pauvres qui envoient aux nourrices sèches leurs enfants pour être alimentés au biberon, nous voyons l'espoir d'abaisser le taux de la mortalité prendre corps sans retard.

Si réduite en nombre de places que doive être la future maison d'hospitalité pour les mères nourrices, les enfants qu'elle abritera sous son toit n'auront pas l'infortuné d'être envoyés chez une nourrice au biberon,

et la mortalité tombant de 50 à 14 ou peut-être moins pour ce petit groupe d'enfants, la tentative aura, dès la première année de sa réalisation, sa récompense exprimée en un gain certain de quelques vies humaines.

En résumé l'hospitalisation des mères pauvres qui allaitent semble être le meilleur moyen à préconiser pour la disparition de la nourrice au biberon, ce fléau des jeunes enfants, ce facteur de dépopulation.

Que les favorisés de la fortune, que ceux qui sont à même d'entourer leurs petits de tous les soins dont ils ont besoin, veuillent bien prendre un peu de leur superflu pour le donner aux mères et aux enfants qui manquent de tout. Ce sera, non pas « Charité », mais « Justice » !!

Vu :

Le Président de la thèse,
PINARD.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

